



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

LORENA DE FARIAS PIMENTEL COSTA

**DESAFIOS DE FAMILIARES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE CUIDAR DE
DEPENDENTES QUÍMICOS.**

JOÃO PESSOA – PB

2015

LORENA DE FARIAS PIMENTEL COSTA

**DESAFIOS DE FAMILIARES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE CUIDAR DE
DEPENDENTES QUÍMICOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de Pesquisa vinculado: Práticas de cuidado da rede formal e informal de saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha

**JOÃO PESSOA – PB
2015**

LORENA DE FARIAS PIMENTEL COSTA

**DESAFIOS DE FAMILIARES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE CUIDAR DE
DEPENDENTES QUÍMICOS.**

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria de Oliveira Ferreira Filha - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

Prof^ª Dr^ª Sandra Aparecida de Almeida – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima de Araújo Silveira – Examinadora
(Universidade Estadual da Paraíba – UEPB)

Prof^ª Dr^ª Jordana de Almeida Nogueira – Suplente
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

Prof^ª Dr^ª Anna Luiza de Castro Gomes – Suplente
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

**JOÃO PESSOA – PB
2015**

Dedico,

**Ao meu irmão, por nunca ter soltado a
minha mão, por ser meu porto seguro.**

**Aos meus pais, pelo amor, por todos os
sacrifícios, pela alegria de ter vocês.**

AGRADECIMENTOS

Este é de fato, um dos momentos mais importantes de minha vida e a possibilidade de expressar gratidão a todas as pessoas que acompanharam minha trajetória é muito valiosa. Gostaria de agradecer primeiramente a **Deus** por conduzir todos os passos que dei até hoje, e guia-los pelo caminho do amor, da doação e da humanidade. Agradecer também a **Nossa Senhora das Graças** minha santa protetora que me amparou em todos os momentos difíceis que a vida me fez passar.

Aos meus pais **Ramon Silva Costa** e **Gerlane de Farias Pimentel Costa** por ser luz em minha vida, pelo amor, pela confiança, por todos os valores que me transmitiram, por me ensinarem a ser forte, persistente, honesta, fiel aos meus amigos e à minha palavra, pela paciência, pela compreensão dos meus erros e de minhas decisões, pelo colo, carinho e respeito, por me ajudarem a dar cada passo que dei em busca dos meus sonhos. Espero um dia ser a metade da fortaleza que vocês são. Eu os amo, muito.

Ao meu irmão **Luiz Bonfim Vieira Costa Neto**, minha alma gêmea, meu companheiro, meu abuso, minha briga, meu amor, meu choro, minha alegria, meu orgulho, minha vida. Obrigada pela torcida de sempre, pelo apoio incondicional. Obrigada por viver, por existir e por ser meu. Te amo.

A **Isaac Henrique**, meu namorado, meu amor. O cheiro, o abraço, o respeito, o carinho, o ombro, a paciência. Muito obrigada por ser o chão quando ele me faltou, por compreender e respeitar as ausências, por me fazer sorrir, por me fazer sentir amada e a mulher mais realizada do mundo. Amo você.

A minha orientadora **Professora Maria Filha**, a mão que me acolheu, que confiou em mim, que possibilitou que esse sonho se concretizasse. Obrigada pela oportunidade, pela atenção, carinho, pelo cuidado, por se fazer tão importante em minha vida, pelos ensinamentos e pela honra de me permitir beber de sua fonte tão rica.

A minha cunhada **Letícia Targino** por fazer feliz um dos meus grandes amores, por ser a mais linda de todas. Obrigada pelos sorvetes, pelas risadas, pela presença e pela alegria que você é.

A minha avó **Maria Salomé** e meu avô **Fernando Pimentel** (*in memoriam*) por representarem a maior referência de amor incondicional em minha vida, por sonhar cada sonho comigo, por viver cada lágrima, por cada conselho, por cada ligação, por cada saudade.

A minha avó **Eunisete Costa** pela fortaleza, mansidão, carinho e torcida sempre e ao meu avô **Luiz Bonfim** (*in memoriam*) que, embora a vida tenha impedido nossa convivência por mais tempo, deixou seu legado de honra, amor ao próximo, honestidade e trabalho duro.

Aos meus padrinhos **Roberto e Catarina** e aos meus tios **Fernando e Sérgio Pimentel** que apesar da distância sempre se fazem presentes. Pela preocupação, pela torcida e pelo amor.

Aos meus primos **Luis Fernando, Laís, Andrezza e Amanda** pela infância, adolescência e vida adulta compartilhada com vocês. Pelo carnaval, natal, ano novo, férias e tudo de bom que vida nos proporcionou.

A minha prima **Lindomar Farias** por ter me contagiado com o prazer de ser docente e me inspirado a seguir esse caminho.

As melhores amigas que alguém pode ter: **Elisângela**, minha amigona, o presente que a vida me deu, meu sorriso certo, você é parte fundamental desta conquista, devo tudo isso a você também, obrigada por confiar em mim. Obrigada por me ensinar tanto todos os dias, por me ajudar e me ver crescer. A **Renatinha**, pelo carinho, pelo amor, pelo companheirismo, por compartilhar as melhores risadas, por vibrar com cada vitória, por Renan. Nossa amizade foi encontro de almas. A **Thais**, por viver comigo uma das experiências mais importantes da minha vida, por me descobrir na saúde mental ao seu lado. Obrigada por cada ligação, cada briga, cada abraço, cada sorriso e torcida, obrigada pelo amor, por ser minha irmã. A **Jaqueline**, o presente que a enfermagem me deu, meu dia a dia mais feliz, minha confidente. Obrigada por ser toda amor, confiança e porto seguro. Eu amo cada uma de vocês.

A **Cidney** ex-professora, hoje amiga, por compartilhar angústias, estresses, caronas e muitas e boas risadas. Pela leveza dos momentos com você, pela riqueza de pessoa que você é.

A **Jeferson, Vagna, Lawrencita, Mariana, Samilla, Alynne e Priscilla** pelo companheirismo, pelos momentos extraclasse, alegrias compartilhadas, pela felicidade que vocês transmitem, por serem tão especiais para mim.

Aos demais membros do Grupo de Estudos: **Camilla Sena, Marina, Estela** e em especial a **Luanna e Camila Abrantes** companheiras de aperreio durante todo o mestrado, foi muito bom crescer ao lado de vocês e aprender com cada uma.

A minha turma de mestrado, em especial a **Jullyana e Nathanielly** pelas amigas lindas que vocês são, pelo carinho, cuidado e preocupação. Vocês estão no meu coração. E a **Flávio** um amigo maravilhoso que o mestrado me deu, obrigada por tudo.

Aos alunos do P4 de enfermagem da UFPB que me fizeram compreender q estava no caminho certo, que me fizeram amar ainda mais a minha escolha. Obrigada pelo carinho, pela torcida, por confiarem em mim e por me ensinarem tanto. Não esquecerei vocês!

A **José Edson** coordenador do CAPS ad de Campina Grande pela abertura concedida a mim no serviço, por possibilitar que esse trabalho fosse realizado e a **Maristela** enfermeira do CAPS ad pela atenção e disponibilidade.

Aos **familiares cuidadores** que participaram desta pesquisa, que a fizeram acontecer, que enriqueceram minha vida com suas experiências. Sem vocês não seria possível.

Ao professor **Rolando Lazarte** pela disponibilidade, carinho, atenção e gentileza com que me trata, com que tratou meu trabalho, pelo respeito de sempre, pelos ensinamentos, pela riqueza de sua presença.

Aos membros da banca, **Professora Fátima Silveira e Professora Sandra Almeida** pela disponibilidade, pelas contribuições, pela receptividade. Obrigada por aceitarem o convite, foi um grande prazer tê-las dividindo esse momento comigo.

As professoras **Jordana Almeida e Anna Luiza Castro**.

As docentes do PPGENF pela transmissão de conhecimento, pela acolhida. Em especial as **Professoras Maria Djair e Altamira Reichert** pelo carinho e disponibilidade, pelo amor à docência, pelo brilho nos olhos, o respeito, o abraço e a ternura, vocês são lindas.

Aos funcionários do PPGENF, **Sr Ivan, Dona Carmem** e em especial a **Nathali** pelos pedidos atendidos, pelo sorriso aberto, disponibilidade, competência e carinho, um super beijo.

Muito Obrigada!

*“Sonhos não se tornam realidade só porque você sonhou com eles, é o trabalho duro que faz
as coisas acontecerem, é o trabalho duro que muda as coisas”
(Shonda Rhimes)*

ÁLCOOL

é um **solvente** espetacular,
ele dissolve:

- Famílias
 - Casamentos
 - Amizades
 - Empregos
 - Contas bancárias
 - Neurônios
- mas não

PROBLEMAS!

COSTA, Lorena de Farias Pimentel. **Desafios de familiares envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos**. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa (PB), 2015.

RESUMO

O aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas tem permeado o cotidiano de inúmeras famílias brasileiras, fomentando o acometimento pela dependência química, considerado na atualidade importante fator de risco à saúde e a produção de danos de cunho físico, biológico e psicológico na vida de usuários e familiares. As mudanças ocorridas no cenário de cuidado em saúde mental promoveu o desenvolvimento de ações pautadas nas estratégias comunitárias, com ênfase na reabilitação psicossocial e inserção social, com apoio e corresponsabilidade dos familiares cuidadores. No processo de cuidar as famílias enfrentam situações adversas capazes de provocar danos em sua estrutura e dinâmica relacional, principalmente pela exposição frequente a situações de violência, falência financeira, sofrimento emocional e deterioração de laços afetivos. Esta pesquisa teve como objetivos: Revelar os desafios vivenciados por familiares envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos, tendo em vista a importância de sua participação como coadjuvante nesse processo; Descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares no acompanhamento do tratamento do seu parente dependente químico; Identificar os tipos de apoio utilizados pelos familiares durante o processo de reabilitação e inserção social; Revelar as expectativas dos familiares em relação aos serviços de saúde como fonte de apoio à reabilitação e inserção social de seu parente. Trata-se de Estudo compreensivo interpretativo de natureza qualitativa, realizado em um CAPS ad do município de Campina Grande – PB com amostra composta por dez familiares cuidadores. O material empírico foi coletado por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas a partir da análise de conteúdo com base na enunciação. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da resolução 466/12 do CNS sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS – UFPB junho de 2014 (Protocolo nº 0297/14 e CAAE: 31639114.3.0000.5188). A partir da análise do material empírico formaram-se agrupamentos por semelhança que discutem a vivência dos familiares no processo de cuidar, e os principais desafios enfrentamentos por eles, a saber: recaídas, violência, danos financeiros e envolvimento com a criminalidade, degradação pessoal e dos laços afetivos. Identificou-se ainda as estratégias de enfrentamento frequentemente pautadas no diálogo e com isso a funcionalidade das famílias que contam com redes de apoio sólidas e eficazes, a partir da participação em grupos religiosos comunitários, grupos de auto ajuda e grupos de família do CAPS. Tal serviço mostrou-se, na percepção dos familiares, bastante efetivo no que concerne ao apoio para superação de momentos de crise e desgaste emocional. Foi possível perceber também um déficit na estratégia de funcionamento em rede, o que impossibilita os familiares de receberem apoio de outros dispositivos de cuidado. O estudo mostrou que cuidar de dependentes químicos provoca severas desordens na vida dos familiares, principalmente as vinculadas ao estresse constante e que diante das situações de desespero e angústia é necessária a construção de um trabalho em rede de cunho educativo e de suporte emocional para os familiares visando o reestabelecimento da dinâmica familiar.

Palavras – chave: Relações Familiares. Dependência Química. Serviços de Saúde Mental.

COSTA, Lorena Farias Pimentel. **Challenges of family members involved in the care of drug addicts process.** 2014. 119f. Dissertation (Master's in Nursing) - Center for Health Sciences Federal University of Paraíba, João Pessoa (PB), 2015.

ABSTRACT

The increased consumption of licit and illicit drugs has permeated the daily life of many Brazilian families, encouraging involvement by substance abuse, nowadays recognized as an important risk factor to health and the production of physical, biological and psychological nature of damage in the lives of users and family. The changes in the care scenario in mental health promoted the development of actions based on community strategies, with emphasis on psychosocial rehabilitation and social integration, with support and responsibility of family caregivers. In the process of caring families face adverse situations capable of causing damage to its structure and relational dynamics, especially by frequent exposure to violence, financial bankruptcy, emotional distress and deterioration of emotional ties. This research aimed to: Reveal the challenges experienced by family members involved in the care of drug addicts, in view of the importance of their participation as supporting this process; Describe the coping strategies used by family members to the follow up of its chemical dependent relative; Identify the types of support used by the family during the process of rehabilitation and social integration; Reveal the family expectations in relation to health services as a source of support for the rehabilitation and social integration of their relative. It is comprehensive interpretive and qualitative study was conducted in a CAPS ad of Campina Grande - PB with a sample of ten family caregivers. The empirical material was collected through semi-structured interviews, analyzed through content analysis based on enunciation. The research followed the ethical precepts of the Resolution 466/12 of the CNS under the approval of the Ethics Committee in CCS research - UFPB June 2014 (Protocol 0297/14 and CAAE: 31639114.3.0000.5188). From the analysis of the empirical material formed by groups like discussing the experience of family members in the care process, and the main challenges fighting for them, namely: relapse, violence, financial damage and involvement in crime, personal degradation and of affective ties. Identified himself still coping strategies often based on dialogue and thus the functionality of the families that have strong and effective support networks, from participation in community religious groups, self-help groups and CAPS family groups. This service proved to be, in the perception of family, very effective with regard to support for overcoming crisis and emotional exhaustion moments. It was also possible to realize a deficit in operating strategy in the network, which makes it impossible for relatives to receive support from other care devices. The study showed that care for addicts causes severe disorders in the lives of families, especially those related to the constant stress and on the situations of despair and anguish is necessary to build a work in educational basis network and emotional support to the family aimed at the re-establishment of family dynamics.

Keywords: Family Relationships. Chemical Dependency. Mental Health Services

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
ICANERF	Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
URSM	Unidade de Referência em Saúde Mental

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa por sexo, idade e grau de parentesco..... p. 42

Quadro 02 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo grau de parentesco e pseudônimo adotado..... p. 44

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – CAPS ad, município de Campina Grande – PB p. 41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualizando o tema e o problema investigado	17
1.2	Objetivos	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	Dependência Química: conceitos e contextos	24
2.2	A organização familiar ao longo da história ancorada nos pressupostos do Pensamento Sistêmico	26
3	PERCURSO METODOLÓGICO	37
3.1	Justificando o paradigma adotado	38
3.2	Local do estudo	39
3.3	Sujeitos do estudo	41
3.4	CrITÉrios de inclusão e exclusão	42
3.5	Procedimentos e técnica para produção do material empírico	43
3.6	Tratamento e análise do material empírico	45
3.7	Considerações éticas	47
4	RESULTADOS E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	48
5	REFLEXÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICES	114
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
	APÊNDICE B – Roteiro Semiestruturado para Entrevista com familiar cuidador	117
	ANEXOS	118
	ANEXO A – Carta de Anuência	119
	ANEXO B – Certidão de aprovação do Comitê de Ética	120

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o tema e o problema investigado

O consumo abusivo do álcool e de outras drogas é um problema multidimensional e ao longo dos anos tornou-se bastante presente no cotidiano de inúmeras famílias brasileiras. Antes, consideradas como uma questão vinculada à cultura, paulatinamente, estas substâncias traduziram-se em agravo à saúde, além de objetos de estudo, evidenciando, assim, um problema de saúde pública devido ao crescente número de pessoas que se tornaram dependentes destas.

Relatórios anuais da UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime* produzem dados sobre tendências de produção, tráfico e consumo de drogas em todo o mundo. Embora revele que a prevalência de drogas permanece estável, destaca-se que aproximadamente 5% da população global entre 15 e 64 anos consome drogas ilícitas, isto representa cerca de 243 milhões de pessoas. Destes, 27 milhões (0,6%) encontram-se em uso prejudicial e dependência química¹.

No Brasil, tal realidade não se faz muito distinta. A cada ano, a população presencia a exposição de dados relacionados ao aumento do número de usuários de álcool e outras drogas em situação de dependência, tendo como consequência a visibilidade de danos causados à esfera pessoal da vida do sujeito e à saúde pública no país. O último levantamento domiciliar realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) no ano de 2005 envolveu as 108 maiores cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes e trouxe dados que voltaram os olhares à questão da drogadição².

Em nível nacional, o consumo de álcool e tabaco na vida recebeu destaque estatístico, viu-se que 74,6% e 44% da população, respectivamente, já fez uso destas drogas lícitas pelo menos uma vez na vida, enquanto 22,8% já consumiu drogas ilícitas. Em relação à dependência química, aproximadamente 12,3% do quantitativo populacional brasileiro é dependente de álcool, 10,1% de tabaco e 2,1% dependente de outras drogas. Numa visão mais direcionada da problemática, aponta-se a região Nordeste que apresenta um número de dependentes de álcool proporcionalmente maior que a média nacional, representado por 13,8% dos indivíduos enquanto 8,8% é dependente do tabaco².

É importante destacar que adolescentes e adultos jovens representam a faixa etária mais envolvida com o consumo destas substâncias. Um estudo³ realizado na cidade de Campina Grande, localizada no Estado da Paraíba - PB, município local desta pesquisa, apontou que o uso de drogas lícitas por estudantes de 10 a 19 anos de idade matriculados na rede municipal de ensino, era de 1,9% para o tabaco e de 9,7% para o álcool. Os dados

apresentados corroboram a realidade de muitos jovens em várias regiões do país, provocando preocupação devido aos efeitos nocivos do consumo de drogas nas várias esferas da vida do sujeito.

O cotidiano da pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas perpassa por uma sucessão de episódios de crise e instabilidade. Os efeitos deletérios provocados pela dependência química produzem consequências físicas, psíquicas e sociais que envolvem isolamento, depressão, agressividade, violência, falência financeira e emocional, culminando no rompimento de vínculos afetivos⁴.

A dependência química atribui ao usuário conotações morais negativas, e a relação com a marginalidade e periculosidade ainda permeia o imaginário social, provocando prejuízo no acesso ao tratamento e dificultando abordagens terapêuticas adequadas. No combate aos prejuízos impostos pelo juízo moral social, algumas ações governamentais e não governamentais, pautadas em diferentes campos do saber e aportes técnicos e teóricos, são desenvolvidas no intuito de promover estratégias de cunho preventivo, ações terapêuticas e reabilitadoras, com vistas a considerar as implicações sociais, políticas, econômicas e psicológicas visando à compreensão global do problema^{5,6}.

Ao longo dos anos, as práticas de cuidado em relação ao usuário de álcool e outras drogas vêm rompendo barreiras e superando paradigmas que contribuíram para a exclusão social dos dependentes. Frente à necessidade de reestruturação das ações de cuidado, adota-se, como eixo principal de atuação, o foco na reabilitação psicossocial e inserção do usuário de forma integrada ao meio social, comunitário e doméstico⁷. Em prol da efetivação das propostas de reabilitação considera-se a família como eixo central de trabalho por exercer papel fundamental no que concerne ao suporte afetivo e moral do usuário, fazendo parte da abordagem psicossocial defendida na rede de cuidados.

A instituição família, em geral, é percebida como alicerce primordial para o desenvolvimento da vida humana e consideradas o fundamento universal das sociedades, de modo a se apresentarem como responsáveis por produzir diferentes posturas no que diz respeito às práticas de acolhimento, proteção e cuidado para com os indivíduos integrantes do seio familiar^{8,9}.

Estas expectativas em relação aos benefícios sociais promovidos e direcionados aos seus integrantes permeiam o padrão cultural coletivo atribuído geralmente a significados propriamente ideológicos. Neste caso, espera-se da família que ela desenvolva atitudes de cuidado, proteção, bem como estímulos ao afeto, construção de identidades sadias e vínculos relacionais promotores de sentimentos de pertença social. No entanto, tais potencialidades

podem ser reduzidas de acordo com o contexto social e a dinâmica relacional em que ela se insere, possibilitando a transformação das possibilidades fortalecedoras em expectativas não garantidas¹⁰.

Essa construção ocupa diferentes espaços conotativos na vida dos sujeitos, percebida em alguns momentos como coautora ou corresponsável no surgimento do uso indevido de álcool e outras drogas, como também, por outro lado, como instituição protetora para a saúde de membros envolvidos com a drogadição.

Durante o processo de tratamento para a dependência química, grande parte dos métodos de engajamento caracteriza-se por conter intervenções diretas que envolvem a família, levando em consideração a possibilidade de os parentes auxiliarem de forma eficaz no que diz respeito à adesão das propostas do serviço pelo adicto¹¹. Embora em muitos casos os dependentes químicos apresentem dificuldades na manutenção das relações familiares, bem como na formação de novos vínculos afetivos, ocorre uma inversão de valores no que diz respeito a relacionar-se com pessoas e com substâncias. A partir da deterioração dos laços afetivos saudáveis, dos sucessivos episódios de desentendimento, o dependente não sente prazer em manter tais vínculos, preferindo a droga e a satisfação que ela proporciona, embora momentânea, inserindo-se ainda mais nos contextos que possibilitam o uso.

Para compreender a dinâmica interacional que permeia o funcionamento doméstico optou-se, nesta pesquisa, pela visão de constituição e organização em forma de sistema, em que todos os componentes influenciam de forma direta ou indireta no comportamento dos demais^{12,13,14}. Conceitos mais aprofundados serão explorados no capítulo de referencial teórico desta dissertação.

Neste caso, com a visão geral da problemática, é possível perceber que existem sucessivas rupturas – recíprocas – entre o membro dependente químico e os demais componentes da rede de relações, conduzindo-os ao isolamento, fatalmente à exclusão social. Assim, no tratamento destinado ao público usuário de substâncias, com foco na reabilitação e resgate do pertencimento social, faz-se necessária a contribuição de “pessoas – chave”, normalmente membros de seu convívio social e/ou doméstico, para contribuir no processo de reintegração, atuando como elo entre o dependente e o mundo que supostamente ele perdeu¹⁵.

Ainda que se compreenda que a probabilidade de sucesso do tratamento aumenta a partir do apoio e participação da família, dos profissionais e dos amigos como elos entre o dependente e a comunidade nas ações de cuidado, o que se percebe, por vezes, na rotina de acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas, são estes atores desmotivados, desacreditados, semblantes cansados, de pessoas que frequentemente atingem a exaustão de

suas estratégias em prol da reorganização, manutenção do tratamento bem como na busca pela reabilitação psicossocial.

A relação com a dependência química expõe as pessoas que fazem parte dos ciclos de relacionamento do usuário às situações de sobrecarga e estresse extremos, gerados pela diversidade de sentimentos que permeiam o cotidiano. Sentimentos como, culpa, negação, remorso, vergonha produzem significativos danos físicos, psíquicos e sociais, relacionados às decepções, expectativas não garantidas, assim como pelo rompimento dos laços de afeto.

Diante da exaustão, eminência de crises e desorganizações, a participação da família nas propostas de tratamento para dependentes químicos ainda se configura como um “nó crítico” na rede de cuidados. A estabilidade emocional pautada na manutenção da rotina de membros que convivem com a dependência química é frequentemente interrompida. É comum que os membros do lar assistam ao envolvimento do dependente com a criminalidade para manutenção do vício, e, a dinâmica das relações, totalmente desorganizada, caminha a passos rápidos para a saturação.

Estudos mostram que a dependência de substâncias psicoativas agride a dinâmica familiar, transformando, além do dependente, os demais membros do sistema em vítimas de acometimentos de cunho físico e/ou psicológico, além da exposição à violência, danos financeiros, carga emocional, social, vergonha, negação e sentimento de culpa^{16,17,18}.

A família encontra-se vulnerável, exposta à violência social imposta pela conotação moral negativa que a dependência química impõe, responsável pelo estigma e exclusão social. É frente a todos os abalos causados pela dependência química que se torna fácil reconhecer instituições domésticas mutiladas, marcadas por feridas íntimas, pelas violências silenciosas, que terminam por desistir, vencidas pela dor. Nesse contexto, o dependente passa a ocupar lugar periférico nas relações afetivas.

Os membros cuidadores que não desistiram do dependente convivem cotidianamente com uma ambiguidade. Por um lado, um duelo de sentimentos: o cansaço, a exaustão que influenciam na desistência, no abandono diante das frustrações e, por outro, o amor, a fé que motiva a continuidade da luta, a busca por dias melhores. Mesmo diante de sinais de esgotamento físico e mental, o familiar que se mantém firme no processo de cuidar não perde a confiança na recuperação.

Considera-se, como pressuposto deste estudo que o cuidador que não desistiu do dependente é aquele que não desistiu do sistema como um todo, representado pela relação que se estabelece entre suas partes. Este membro pode ser considerado como aquele que atua como elo forte, a partir da compreensão mais ampliada das relações familiares, com intuito de

reestabelecer a ordem do sistema, esclarecendo, melhorando, assim como qualificando os vínculos, a partir de atitudes de acolhimento, cuidado, suporte social e emocional dos subsistemas formados a partir do sistema familiar, com o intuito de contribuir para a superação dos episódios de crise.

Em geral, familiares de usuários de álcool e outras drogas convivem com situações de crise, cuja resolução da desordem depende da disponibilidade de seus componentes em colaborar para o processo de mudança. Tal como o dependente, a família tem necessidade de apreender novas formas de conduzir a vida, abandonando comportamentos negativos, autodestrutivos, de fracasso, assumindo perfil confiante em relação a si e ao usuário⁶.

Para isso, as mudanças que vêm se processando nas faces de atuação de cuidado com a dependência química indicam uma perspectiva valorizada no que concerne à participação da família no processo de tratamento. Tal instituição é chamada a atuar na proposta de responsabilização no cuidado bem como em ações de inserção social do membro adicto buscando, conseqüentemente, nos serviços de saúde um ponto de apoio, um aliado na luta contra a dependência química.

O apoio da família e dos serviços de saúde tem importância significativa para enfrentamento de qualquer situação de adversidade. Quando uma das duas instituições atua de forma individualizada, todo esforço pode tornar-se insuficiente diante da complexidade da drogadição.

Nesta perspectiva, para conhecer os desafios vividos pelos familiares diante do tratamento do dependente químico para manutenção/reintegração do sistema, emergiram as seguintes questões para nortear a construção e compreensão do assunto abordado: Quais têm sido os desafios dos familiares ao lidarem com o dependente químico na perspectiva da reabilitação e inclusão social? Quais são as estratégias mais utilizadas por eles, no processo de cuidar do seu parente? Qual tipo de apoio recebem dos serviços de saúde para cuidar do parente dependente químico? Que expectativas têm em relação a estes serviços?

Pretendeu-se com esse estudo, contribuir com os profissionais da saúde e cuidadores de dependentes químicos na exposição de estratégias de enfrentamento baseadas na superação dos desafios impostos pelo fenômeno da drogadição, considerando o longo e tortuoso caminho para o alcance da reabilitação / inclusão psicossocial. Pretendeu-se também revelar fontes de apoio eficazes para resolução de problemas, contando com o aumento como também com a qualificação da rede de serviços oferecidos à população.

Para a enfermagem, este estudo buscou manifestar a importância da instituição e manutenção da relação vincular entre o profissional enfermeiro e os familiares cuidadores de

dependentes químicos que integram as ações de cuidado nos serviços de saúde, cabendo ao mesmo oferecer suporte emocional para que o parente possa se sentir apoiado no processo de cuidar.

Para tanto, alguns objetivos foram traçados:

1.2 Objetivos

- Revelar os desafios vivenciados por familiares envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos, tendo em vista a importância de sua participação como coadjuvantes neste processo;
- Descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares no acompanhamento do tratamento do seu parente dependente químico;
- Identificar os tipos de apoio utilizados pelos familiares durante o processo de reabilitação e inserção social;
- Revelar as expectativas dos familiares em relação aos serviços de saúde como fonte de apoio às estratégias de cuidado com seu parente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Dependência química: conceitos e contextos

O contexto histórico do consumo de substâncias psicoativas imprime consequências sociais importantes para a organização cultural da sociedade atual. Leva-se em consideração que a prática de consumir drogas sempre esteve presente na maior parte das culturas humanas, com especificidades referentes ao tipo de matéria utilizada e perfil de uso, regulados por fatores característicos específicos de um dado momento histórico¹⁹.

A íntima relação que o homem estabelece com as drogas perpassa os recortes históricos referentes à evolução da humanidade, as mudanças decorridas no padrão de produção e consumo refletem transformações econômicas, políticas e socioculturais. A partir do século XVIII, as práticas de isolamento de princípios ativos associada à produção de novas substâncias em grande escala atingiram diferentes segmentos sociais como ação oportunista frente às fragilidades do lastro cultural que anteriormente regulava o consumo a partir de castrações ritualísticas, religiosas, terapêuticas e recreativas^{17,20}.

Embora regulado por contextos culturais diferentes, há o consenso mundial no que diz respeito à compreensão de que a dependência química se constitui como um problema de saúde pública, ao reconhecer o nível de comprometimento causado na vida dos usuários, da comunidade, como da sociedade civil em geral²¹.

Estas substâncias ofertam sensação de prazer e realização instantâneos, porém fictícios, tem poder indutor para a ingesta fracionada ou capacidade de nutrir um vício que pode perdurar ao longo da vida. Fatores como estes levam os transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso abusivo de álcool e drogas análogas, a um índice amedrontador relacionado aos problemas de saúde pública no país²².

A dependência química geralmente é definida como um desejo incontrolável em consumir a droga, geradora de alterações significativas de cunho fisiológico, psicológico e social causadas pelo uso repetido²³.

Deste modo, o consumo abusivo de substâncias psicoativas constitui-se como um fenômeno complexo, constituindo uma relação triangular entre o sujeito, a droga e seu contexto social, uma vez que o usuário encontra na droga um caminho efetivo para a superação das adversidades e fragilidades cotidianas com intuito de evitar a degradação do seu ego²⁴.

O quadro de dependência química implica consequências morais, econômicas e sociais para o indivíduo bem como para as pessoas que compõe sua rede de relações, intervindo de modo negativo nas formas de compreender a vida e vivenciar o cotidiano¹⁷. A rotina do

dependente químico passa a ser movida em função da droga e tudo que antes tinha valor para ele passa a ocupar lugar secundário em sua escala de preferências. Frente a essa inversão de valores, usuários e cuidadores enfrentam o rompimento dos vínculos afetivos cotidianamente, assim como a perda das atividades laborais, falência financeira, emocional, além de estresse, incerteza e insegurança.

Fazer uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas frequentemente está relacionado a um quantitativo elevado no que diz respeito às condições médicas, é comum que o usuário envolva-se com acidentes de trânsito ou violência doméstica^{25,26}. Diante disto, a prática de consumo revela efeitos sociais importantes, não apenas de cunho pessoal ou individual, afetando também de forma bastante negativa os familiares que convivem com o dependente, sofrendo efeitos nocivos a partir das vivências das dificuldades impostas pelo combate à dependência química. Os demais membros da instituição também adoecem e tem relevante perda na qualidade de vida²⁷.

Para tanto, frente à compreensão da compulsão incontrolável do usuário em consumir a substância²⁸ o uso de drogas não pode ser percebido pela sociedade como falta de caráter e moral. É, em função dessa interpretação equivocada, que tanto usuário quanto seus parentes são frequentemente estigmatizados e excluídos do convívio em comunidade por conta do preconceito social. É importante saber que as famílias dos dependentes tornam-se também susceptíveis a diversas enfermidades, dentre elas a codependência¹⁸.

A situação de codependência que se estabelece dentro do sistema familiar implica a necessidade de visualização da problemática a partir de perspectivas sistêmicas, não esgotando o tratamento da dependência química apenas no cuidado ao usuário. As ações precisam abordar psicossocialmente todos os que compõem a rede de relações do dependente²⁸.

A codependência é considerada um acometimento patológico de caráter emocional com possibilidade de afetar a todos os integrantes do sistema relacional. Instalada esta situação se percebe uma severa interferência no cotidiano e saúde mental dos membros que lidam com a adicção. Ocorre uma inversão dos valores atribuídos à convivência familiar e o estabelecimento das relações verticais e horizontais, o que antes tinha como ponto de orientação os sentimentos afetivos saudáveis agora tem foco direcionado à doença, nas relações de controle e poder^{29,30}. Tal acometimento produz um emaranhado de padrões de conduta, acrescido de pensamentos patológicos que produzem sofrimento psíquico à pessoa que convive diretamente com o dependente, além de sobrecarga, sentimento de depressão, frustração, desânimo em função das tentativas de estabilidade do sistema.

Para tanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS)³¹ afirma que a dependência química deve ser tratada como doença médica e problema social, à medida que se caracteriza como um estado de acometimento mental e físico simultaneamente. Isto acontece devido à interação do indivíduo com a substância, gerando compulsão pelo consumo, relacionada aos efeitos psíquicos provocados pela mesma, bem como pelo desconforto que a ausência promove. Neste caso, é preciso, além de identificar, tratar os sintomas, conhecer as causas e consequências da dependência, com intuito de promover novas possibilidades para mudança de comportamento.

Para que se consiga minimizar os prejuízos causados pela dependência química ao usuário e demais membros da instituição doméstica, faz-se necessário o (re)estabelecimento dos vínculos de confiabilidade, além de conhecer, por parte dos profissionais de saúde, a realidade que as pessoas que convivem com a dependência química estão inseridas, no intuito de planejar estratégias de enfrentamento, promoção da saúde, autonomia e cidadania²⁷.

Neste sentido, a dependência química precisa ser compreendida mais como um sintoma da desorganização e desestruturação social do que como propriamente a causa de tal situação, devendo ser tratada com vistas à magnitude da problemática. A maneira mais eficaz para enfrentamento da drogadição seria o desenvolvimento de ações de cunho preventivo, com foco no caráter específico para cada segmento social ou faixa etária acometida, valorizando a saúde em busca do respeito à vida¹⁹.

2.2 A organização familiar ao longo da história ancorada nos pressupostos do pensamento sistêmico

Para compreender a dinâmica que se estabelece nas relações e os aspectos influentes do contexto familiar sobre a vida do dependente químico, deve-se primeiramente, reconhecer tal instituição como a principal reguladora da vida em sociedade, de tal forma que contribui para a formação da identidade moral, ética e cidadã de seus membros, desempenhando importantes funções sociais, caracterizando-se por ser o *locus* onde o indivíduo mantém seu primeiro contato com as principais forças que operam a vida em comunidade.

O princípio de família se dá a partir de uma construção histórico-cultural pensada pelos homens como forma de organização da vida em comunidade, ao passo que estabelece, paulatinamente, padrões sociais a serem seguidos. Tal instituição sofre, ao longo dos anos, modificações em sua forma de organização, bem como nas relações de poder por corresponder às influências e exigências culturais pertencentes a cada época evolutiva³².

A despeito da adaptação transcultural em função das regras sociais pode-se afirmar que “a família deve progredir na medida em que progride a sociedade, deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema”^{33:91}.

Neste ínterim, a instituição passa a ser compreendida como o princípio ativo para organização da vida em sociedade por desenvolver importante influência nas relações sociais dos membros da instituição, contribuindo para a formação do cidadão. Percebe-se que sua forma de estruturação, bem como sua dinâmica relacional não permanece estacionária. Enquanto instituição social, é dotada da capacidade de sofrer transformações para alcançar a transcendência, partindo de um nível inferior de organização para um nível superior, ao passo que acompanha a evolução da sociedade civil³³.

Em geral, como forma de organização estrutural, concorda-se que tal organização se estabelece a partir do envolvimento de pessoas que passam a conviver sob o mesmo teto, enquanto esse envolvimento pode se dar pela influência dos laços de consanguinidade ou pelas ligações afetivas construídas no seio comunitário. Os laços afetivos formados pautam suas relações a partir de instintos de proteção e cuidado, desempenhando ainda papéis estruturados que possibilitam o suporte emocional, cognitivo e social para o desenvolvimento dos membros da instituição^{34,35}. Para isso, a partir da união que consolida a formação da instituição familiar, os designativos recebidos como: pai, filhos, irmãos e etc não representam apenas títulos honoríficos, mas, implicam em obrigações recíprocas³³.

Por outro lado, com relação à dinâmica e o fluxo organizacional das relações, pode-se compreender a família por um grupo de pessoas que apoia suas relações de forma hierarquizada, com base em íntimas ligações afetivas em que se observam ações de cuidado e proteção entre os membros. Ademais, além das características afetivas e de proteção, a organização em destaque ganha caráter de “unidade primária” para preencher as exigências básicas dos aspectos biológicos e sociais da vida, sendo considerada a instituição básica da sociedade³⁶. Assim, compreende-se que a família é a primeira instituição da qual o indivíduo faz parte, única com laços consanguíneos e de parentesco indissolúveis. É neste contexto que o ser humano desenvolve maior parte da existência, de seu caráter moral, conceitos éticos, culturais, ideológicos³⁷.

As concepções gerais frequentemente discorrem sobre o envolvimento de pessoas com interesses comuns, unidas por vínculos afetivos, de confiabilidade, com relações pautadas em instintos protetivos e intervenções hierárquicas baseadas no exercício do poder atribuído ao

chefe da família. No entanto, a sucessão de evoluções conceituais político-culturais sofridas pela sociedade impuseram algumas alterações na forma de organização da vida em família.

O modelo nuclear foi, por muito tempo, considerado o mais tradicional, eficaz e seguro modelo de organização na sociedade ocidental, sua representatividade se deu devido aceitação social secular, fundada no padrão biológico de reprodução, pela união heterossexual e constituída pela tríade pai – mãe – filhos^{38,39}.

Os modelos de família tal como se conhece na atualidade, foram submetidos à transformações ao longo dos anos permeados por fatores de cunho cultural, social, político, econômico, além dos religiosos. Os padrões se esculpíram a partir dos aspectos que configuram o cotidiano, com base na evolução de cada sociedade. A revolução feminista, a inserção da mulher no mercado de trabalho, ações pautadas no desenvolvimento capitalista e as disputas de gênero tiveram representatividade na mudança de orientação quanto ao padrão ideal de formação familiar⁴⁰.

Frente as novas possibilidades de organização, esta instituição caminhou para estruturação em formatos distintos do tradicional modelo nuclear. Como exemplo: a **família extensa**, compreendida pela presença de membros que mantem alguma relação de parentesco, isto inclui parentes de até 3ª e 4ª geração. A **família abrangente** apresenta em sua composição, além dos membros com grau de parentesco, os que não possuem laços de consanguinidade, mas habitam o mesmo lar. Ademais, são conhecidas as **famílias mononucleares** caracterizadas por serem chefiadas apenas por pai ou mãe; as **famílias homoafetivas** composta por membros que se relacionam com parceiros do mesmo sexo, contendo ou não crianças e, as **famílias mistas ou reconstituídas** que se formam a partir da união de pessoas que já estiveram em relacionamentos anteriores^{41,35}.

Mesmo diante de novos modelos estruturais, os determinantes sociais e culturais impostos à forma de estruturação do âmbito familiar contribuíram para adoção do padrão – o modelo nuclear – o que implicou na marginalização das demais formas de organização. No entanto, mediante a evolução do processo civilizatório não se permite mais a adoção de um modelo ideal de estruturação das famílias, mas, por longos períodos da história, estas, que se encontraram distante do padrão nuclear foram, por vezes, estigmatizadas e responsabilizadas pelo desencadeamento de sofrimentos psíquicos de seus membros, desvios de comportamento, fracasso escolar, pessoal e profissional, além do envolvimento com substâncias psicoativas³².

O uso abusivo de drogas bem como a dependência química é um acometimento multifatorial e, além dos fatores de risco que envolvem a dimensão biológica do indivíduo

pode-se eleger fatores socioculturais que favorecem o uso de drogas. A presença na sociedade pragmática, com padrões consumistas pautados na competitividade e individualidade, além da inserção em contextos familiares caracterizados pela desestruturação e ineficiência são fortes aliados para o desenvolvimento de culturas autodestrutivas.

Em desacordo com a concepção de que a forma de organização influencia no uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, o que se percebe é que tal comportamento está significativamente atrelado a fatores de risco que envolvem a dinâmica inter-relacional dos sujeitos. O papel que a família desempenha na formação tanto pessoal quanto social de seus membros é importante em qualquer esfera da vida do sujeito, assim, a instituição que, no cumprimento de seu papel e responsabilidades sociais, deveria ser fonte de segurança acaba em diversas situações fomentando o uso e abuso de substâncias psicoativas pela ausência de afeto, confiança e sentimentos afins²⁹.

Para isso, foram definidos conceitos importantes de eficácia e ineficácia no que diz respeito à dinâmica relacional dos membros que a compõe estas organizações. Diante do conceito de eficácia acredita-se na capacidade de facilitar e/ou incentivar a possibilidade de crescimento e desenvolvimento de seus membros, excluindo as condições de dependência afetiva, favorecendo a emancipação segura. Não significa que tal modelo não apresente problemas em seu cotidiano, mas pode-se dizer que sua forma de organização possibilita o desenvolvimento de um padrão de funcionamento que permite a resolução de problemas sem grandes efeitos negativos⁴².

Enquanto isso, as famílias que se enquadram no padrão ineficaz caracterizam-se por serem incapazes de estabelecer, manter estrutura, padrões de comportamento e de funcionamento que a possibilitem conduzir as relações interpessoais de forma sadia. O principal efeito desta forma de organização sobre a dinâmica de vida dos membros é o acometimento por desordens de cunho estrutural e emocional frequentes⁴².

Algumas situações atuam como forma de denúncia da condição de desordem familiar (consequente ineficiência), expõe-se: problemas de relacionamento, falta de diálogo, *déficit* de monitoramento, ausência de limites, violências diversas e uso de substâncias psicoativas por demais membros²⁹. Tais experiências de desordem têm sido, além de reconhecidas, categorizadas como influências significativas para o desenvolvimento de problemas de ordem social e moral, desvios de conduta, delinquência, envolvimento com o crime, comportamento autodestrutivo a exemplo da drogadição. Em muitos casos o membro em uso abusivo de álcool e outras drogas vê no consumo da substância uma alternativa ao cotidiano de conflito no ambiente domiciliar⁴³.

A convivência em ambientes familiares permeados por conflitos tende a apresentar características destrutivas que se configuram como um dos agentes facilitadores para o desenvolvimento do consumo abusivo de substâncias psicoativas que leva a posterior acometimento pela dependência química. Destaca-se como fator de desordem, a deficiência de suporte parental, cultura familiar de consumo abusivo de álcool e outras drogas, conflitos intergeracionais, ausência das figuras de representatividade para o sujeito como pai e/ou mãe, além do déficit na manutenção de vínculos afetivos saudáveis, bem como relações de superproteção, permissividade ou rigidez extrema⁴⁴.

Neste caso, a compreensão do fenômeno da drogadição esta pautada na visão ampliada das inter-relações que permeiam a rotina do dependente químico ligada aos contextos familiar e social em que ele está inserido. Tal observação deve ser realizada com vistas a considerar o pensamento sistêmico como ponto norteador para o entendimento do enredo que conduz as relações de poder na vida do dependente, compreendendo a ligação entre os membros do ciclo social, familiar e comunitário e a influência que um ente exerce sobre o outro bem como que ambos exercem sobre a dinâmica familiar.

Nesta relação de conflitos, permeada pelas constantes situações que envolvem sentimento de medo e dúvida, os cuidadores estão expostos ao adoecimento a partir da situação de dependência de algum membro, e o sistema familiar já desestruturado tem a possibilidade de ter sua ordem reestabelecida ainda mais distante. Torna-se necessário um olhar diferenciado, no sentido de ajudar as famílias a se fortalecerem e enfrentarem os desafios impostos pelo comportamento adicto, com intuito de agregar a participação familiar nas estratégias que buscam a eficácia do tratamento²⁹.

Neste ínterim, para compreensão do fenômeno da drogadição e das influências que tal acometimento promove na forma de organização da instituição familiar, considerando o desgaste emocional enfrentado pelos membros que convivem diariamente com o membro adicto, encontra-se no pensamento sistêmico o referencial necessário para interpretação das relações familiares e de codependência, levando em consideração a dependência emocional, o desconhecimento/falta de limites, perda da identidade e autonomia enquanto abandona sua vida para viver a vida do outro com intuito de controlar, conduzir pensamentos e ações.

Portanto, é válido esclarecer que o pensamento sistêmico tem sua origem no estudo da física quântica diante das divergências de aceitação da concepção linear e mecanicista, levando a construção de linhas de pensamento baseadas nos princípios da visão holística¹². Neste caso, no que diz respeito a melhor compreensão das relações humanas, o pensamento

sistêmico representou importante revolução histórica com relação ao pensamento científico ocidental como oposição ao paradigma cartesiano.

O paradigma holístico nos apresenta a compreensão da realidade em função de totalidades integradas cujas propriedades que a compõem não podem ser reduzidas a unidades menores, na concepção de que fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais representam contextos interdependentes e interligados, enquanto o método de compreensão cartesiano conduziu a fragmentação do pensamento e o reducionismo da ciência, ao interpretar que os aspectos inerentes aos fenômenos complexos poderiam ser compreendidos caso fossem reduzidos a partes menores. O pensamento sistêmico, então, estabeleceu a teoria de que as propriedades das partes não são propriedades intrínsecas e só podem ser entendidas dentro do contexto do todo mais amplo possível¹³.

Para o pensamento sistêmico o universo é compreendido como uma teia dinâmica de eventos que se inter-relacionam. De fato, não é possível se restringir ao estabelecimento de leis generalistas no fenômeno de compreensão dos indivíduos, tal prática conduziria a observação complexa de volta ao reducionismo, estagnaria as possibilidades de desenvolvimento, conhecimento, interpretação dos diversos organismos, multidimensionais e dinâmicos inseridos no contexto da complexidade¹⁵. O ato de parcelar, compartimentalizar pautado na orientação mecanicista e reducionista faz declinar a percepção complexa, devido à compreensão do mundo por meio de fragmentos distintos, fracionando problemas e “unidimensionalizando” o multidimensional¹³ (MORIN, 2003).

Para Fritjof Capra⁴⁵ a concepção sistêmica fornece a possibilidade de compreender as relações com base em termos como integração e interligação relacionadas às propriedades que compõem o sistema. Tais propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores, pois, a partir do momento em que se adota a visão sistêmica a ciência tende a não isolar os fenômenos de seus contextos. Esse olhar compreende o mundo por meio da constante relação de influências e possibilita perceber o ser humano em seu contexto social associado às relações que se estabelecem em sua vida a partir da integração dos diversos sistemas dos quais faz parte.

Existe, portanto, uma inversão teórica, uma abordagem oposta que apresenta dicotomicamente: a substituição da estabilidade pela instabilidade; da noção de simplicidade das relações pela complexidade; e da objetividade inerente à realidade pela intersubjetividade das relações. Essa substituição aponta os três eixos citados como o princípio que norteia as relações dialéticas ao abandonar o paradigma reducionista e adotar a compreensão global das influências que o sistema sofre. O paradigma da complexidade rege tanto as relações

biológicas do organismo humano bem como as relações socioculturais estabelecidas entre os homens, de modo que os sistemas sociais não podem sobreviver independentemente uns dos outros⁴⁶.

Os aspectos que se relacionam com a proposta de interação das partes para composição da totalidade são percebidos com clareza nos sistemas sociais. A instituição familiar, neste caso apontada como um tipo de sistema social, apresenta estruturas específicas de composição que resultam das relações de integração e interdependência das partes que a compõe, a partir da natureza dinâmica que lhe é característica, além das manifestações flexíveis e adaptáveis. Portanto, enfatiza-se que a natureza do todo será diferente bem como mais complexa que a mera soma das partes, devido principalmente aos aspectos sociais, culturais e relacionais que envolvem os sistemas sociais⁴⁵.

As relações do contexto familiar ocorrem de forma dialética na medida em que cada componente do sistema tem características únicas que culminam em objetivos diferentes dentro do mesmo ambiente, necessitando das partes a capacidade de barganha baseada em constantes conflitos de interesse. Os sistemas humanos assim como as relações que se estabelecem são complexas e permanentemente mutáveis, decorrentes, principalmente, das situações de transcendência vivenciadas pelos indivíduos em sua trajetória vital, influenciadas pelos múltiplos contextos, sociais e culturais que o ser humano está inserido, possibilitando a compreensão da pessoa frente às relações valorativas estabelecidas com a família e comunidade⁴⁷.

Seguindo esta linha de pensamento, considera-se que as relações humanas podem ser classificadas como sistemas abertos por ter como característica principal a presença de fluxo constante na ocorrência de variações que as mantêm afastadas do equilíbrio, do estático. Os sistemas humanos, desde sua forma de organização mais primitiva, podem ser caracterizados pela formação de redes, sendo impossível compreendê-los apenas a partir das propriedades de suas partes isoladamente, tais sistemas são mutáveis, adaptáveis e se retroalimentam constantemente¹².

O pensamento sistêmico surge como uma alternativa que possibilita verificar e compreender as relações existentes, assim como suas diversas consequências nos sistemas que compõe uma realidade específica. A percepção da instituição familiar como um sistema, permitiu uma nova interpretação sobre o comportamento humano e suas redes de inter-relação. Ao detectar determinados problemas em indivíduos pertencentes a grupos familiares específicos, a abordagem sistêmica possibilita a visualização comunitária, as relações de

poder, comportamentos interativos e a estrutura e dinâmica familiar, além de estratégias de estabilidade do sistema⁴⁸.

Essa escola de pensamento acredita na visão baseada na coconstrução da realidade, a partir da contribuição de todos que participam de sua evolução histórica. Integra os princípios reunidos para se pensar as relações de complexidade, principalmente, pela sua especificidade em permitir a compreensão sobre o conhecimento das partes unido ao conhecimento do todo. Assim, não se pode conhecer o todo sem as partes, nem as partes sem o todo¹³.

Tais afirmações, no contexto da dependência química, implicam dizer que não se pode conhecer a realidade do dependente químico sem adentrar na percepção do contexto que ele faz parte, sabendo que o todo representa mais do que a mera soma das partes e que a organização e interação do todo produz qualidades ou características novas que as partes vistas isoladamente não apresentam.

A família que vivencia o processo de crise relacionado ao envolvimento de algum membro com substâncias psicoativas sofre severos impactos em sua estrutura de processos relacionais, o que evidencia o impacto do consumo de drogas em diversos setores. Enfatiza-se que fenômenos vivenciados de forma “isolada” por um de seus membros, tendem a refletir positiva ou negativamente na estrutura, alterando a ordem de funcionamento deste sistema¹⁵.

Na compreensão da estrutura organizacional da instituição familiar, compreende-se que diferentes papéis, obrigações e responsabilidades são estabelecidos dentro da ordem de funcionamento e, para que a estrutura se mantenha saudável espera-se que cada membro desempenhe sua função, a fim de que ocorra interação e harmonia no todo complexo favorecendo como engrenagem o funcionamento adequado do sistema¹⁵.

Como todo processo de ruptura paradigmática, a transição da forma de pensamento ordenado pelo modelo cartesiano para uma visão sistêmica foi gradual, com sucessivos episódios de oscilação entre avanços e retrocessos. A partir da consolidação da abordagem sistêmica nasce a possibilidade de, ao se identificar um problema inserido no contexto familiar, reconhecer as formas de interação e reação específicas do grupo atingido que atuam como fatores facilitadores ou dificultosos para a resolução da problemática existente no grupo familiar⁴⁸.

O fenômeno da drogadição e os prejuízos acarretados por ele têm como característica a capacidade de transcender o aspecto individual, envolvendo os demais membros do sistema familiar ao passo que tal sistema se estabelece por meio de relações de reciprocidade que envolve o indivíduo, família e o aspecto sociocultural que ambos vivenciam. Acredita-se que a dependência química, e o sofrimento provocado por ela, pode se apresentar como um

sintoma que exterioriza as grandes dificuldades de homeostase nos componentes do sistema, atuando como espécie de denúncia inferindo que algo está interferindo na dinâmica do sistema familiar¹⁵.

As famílias que constituem lares em que habitam dependentes químicos encontram-se envolvidas em relações de desgastes e desordens, permeadas por paradoxos, características das relações complexas. Neste fenômeno, a drogadição não pode ser compreendida como fator de desordem individual, não é possível fragmentar o indivíduo em busca de compreensão: sua condição envolve além dos aspectos intrapsíquicos os fatores inter-relacionais¹⁵.

De modo geral, considerando as dimensões biopsicossociais que permeiam a organização dos sistemas sociais, torna-se irrelevante questionar e buscar identificar fatores específicos que podem ser considerados como a causa inicial do colapso no sistema. Tal impossibilidade se dá pela compreensão da família como sistema aberto que mantém trocas mútuas e contínuas de energia/matéria com o ambiente social a fim de manter a homeostase devido à capacidade de adaptação às variáveis de tensão e estresse⁴⁵.

Neste prisma, frente à percepção da família como sistema aberto, acrescenta-se que seus elementos constituintes sofrem influências do meio, desenvolvendo possibilidades de ajuste à desordem de acordo com o estímulo estressor a qual foram submetidos, sabendo que tal exposição imprime impactos negativos à dinâmica do sistema e a condição de saúde dos membros. Essa capacidade adaptativa, inerente ao sistema familiar, soma-se às características idiossincráticas dos membros para reestruturarem o funcionamento familiar⁴⁹.

No decorrer do processo evolutivo social, várias adequações organizacionais foram percebidas nas relações de complexidade que formam os sistemas sociais, a partir de mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, a instituição familiar vem exposta às influências externas cada vez mais intensas. Como exemplo, a desestruturação dos membros que compõe o sistema, cada vez mais acentuada, exigindo alternativas que possibilitem melhor planejamento e organização, para manutenção do sistema vivo⁴⁶.

Para membros que convivem com a drogadição, a família está exposta às situações cotidianas de sobrecarga em decorrência de desentendimentos e agressividades, podendo requerer necessidades especiais de suporte. Para tanto, pode-se destacar ainda a situação de angústia a que estão submetidos os membros que convivem com o dependente químico, tornado a degradação dos laços um dos maiores prejuízos adquiridos a partir da instalação da dependência.

Destaca-se, portanto, a importância dos pais no desenvolvimento de relacionamentos saudáveis com os filhos no ambiente doméstico, considerando que os ascendentes podem se apresentar tanto como motivadores dos fatores desencadeantes do abuso, como também, transformarem-se num importante pilar para a prevenção, no sentido de que, se educados, trabalhados e acompanhados de forma especializada, desenvolvem a capacidade de proporcionar um sistema/rede de apoio para o abandono do consumo das substâncias⁵⁰.

Para entender e interpretar o fenômeno da drogadição é necessário utilizar uma visão ampliada que permita conhecer os aspectos paradoxais que coabitam a questão multidimensional e multicausal da dependência química. Portanto, tratar estas famílias sob o olhar da complexidade é buscar compreender características que contribuem para a organização deste sistema ante situações que impõe movimentos descontínuos e antagônicos¹⁵.

Compreende-se que o homem durante sua trajetória vital se insere em diferentes contextos o que a partir do pensamento sistêmico, implica dizer que o ser humano está imerso nas relações de vários sistemas e subsistemas. Como exemplo disto está a instituição familiar como um sistema, e as relações isoladas dos membros como subsistemas, além do sistema pertencente ao grupo de amigos ou ambiente de trabalho e, no caso da dependência química, um novo sistema se estabelece e diz respeito a relação do indivíduo com a substância, fatores e pessoas relacionadas ao consumo, e ainda os serviços de saúde como ambientes de tratamento em que se estabelecem vínculos entre os usuários e os profissionais do serviço.

Cada indivíduo frente às relações sociais que estabelece ao longo da vida fica sujeito ao pertencimento em diferentes subsistemas e, em cada um deles, há a possibilidade de se exercer papéis diferenciados. Tanto os indivíduos como os subsistemas e as famílias (representando um sistema maior) são demarcados por fronteiras compreendidas como barreiras invisíveis que envolvem os sujeitos e os subsistemas dos quais faz parte e regula o contato. Essas fronteiras podem ser rígidas ou flexíveis em demasia e o conhecimento de tais fronteiras possibilita o reconhecimento do padrão familiar, revelando maior ou menor funcionalidade⁵¹.

O reconhecimento de tal padrão não representa dizer que as famílias são totalmente funcionais ou disfuncionais, na grande maioria das vezes a instituição familiar tende a oscilar de um ponto para outro de forma dinâmica. Ao definir os tipos de fronteiras, denomina-se como rígidas as que possuem características restritivas e permitem apenas contato limitado com outros subsistemas, o que levaria a distorção da percepção de independência. Por outro lado, as famílias com fronteiras difusas também apresentam dificuldade de manutenção da

estabilidade, seus subsistemas desenvolvem sentimentos de apoio mútuo em detrimento da autonomia dos membros⁵².

Neste padrão disfuncional com fronteiras difusas se encontram frequentemente as famílias com entes envolvidos com a drogadição, apresentando limites intergeracionais deficitários e como consequência, conflitos e inversão de valores e papéis⁵³.

Tal instituição se constitui como um tipo peculiar de sistema que se estrutura a partir de padrões que organizam e ajudam a estabilizar-se frente às mudanças. O processo de reinserção do dependente de drogas no seio familiar impõe a compreensão das relações de complexidade que se estabelecem a partir deste fenômeno, bem como a escolha por modelos de cuidado acolhedores com foco nas propostas emancipatórias, a fim de construir novas possibilidades para reestruturação do sistema familiar, rompendo com as frequentes perdas¹⁵.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Justificando o paradigma adotado

Considerando o objeto de estudo, o campo em que foi desenvolvido e os objetivos propostos, com intuito de conhecer os desafios vivenciados e as estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes químicos durante o processo de tratamento, reabilitação e inclusão social, optou-se pelo paradigma da pesquisa compreensiva e interpretativa, com abordagem qualitativa como norteadora das análises teórico-empíricas. Para tal escolha, considerou-se a obtenção do material empírico a partir da subjetividade de um grupo social específico e a possibilidade de investigar cientificamente um objeto dotado de crenças e ideologias.

A abordagem qualitativa permite, em diferentes contextos, ser aplicada ao estudo da história, das crenças, das relações e representações sociais, percepções e opiniões que os sujeitos expressam acerca da realidade que vivenciam, do que sentem e pensam a respeito do social e pessoal. Neste tipo de abordagem entende-se que a linguagem, as práticas e as coisas não se separam, uma vez que os significados são gerados a partir da interação social⁵⁴. Este tipo de pesquisa possibilita a resposta a questões muito particulares, se preocupa, no campo das ciências sociais, com o nível de realidade e importância que não pode ser mensurado, quantificado. O método qualitativo trabalha com um universo de significados, motivos e valores⁵⁴.

Para campos de atuação inseridos inicialmente nas ciências da saúde, a exemplo da enfermagem em saúde mental, percebe-se a necessidade de envolvimento mais profundos e coesos com as ciências sociais tendo em vista a importância da articulação entre os diferentes prismas que seu objeto de estudo deve ser percebido, em que o psíquico e o social são tomados aqui como de maior relevância para o enfrentamento da problemática da drogadição.

Dentro desta proposta, ao trabalhar com a pesquisa qualitativa, a interpretação é a base para a produção do conhecimento, buscando-se reconhecer símbolos e aspectos inerentes ao discurso dos sujeitos, procurando compreender o que dadas colocações representam⁵⁵. A grande prerrogativa da pesquisa qualitativa está em ser desenvolvida especialmente no estudo de interfaces bastante sutis da vida humana considerando e analisando processos sociais que influenciam os discursos ao longo da história e interferem na compreensão de mundo, com atenção especial para importância imposta pelo contexto⁵⁶.

A escolha pela pesquisa qualitativa permitiu que o estudo mantivesse o caráter científico por exigir fundamentação dos resultados alcançados a partir do material empírico obtido, além de demonstrar se os objetivos foram ou atingidos e ainda se os pressupostos

foram ou não confirmados. Este tipo de estudo tem a peculiaridade de captar as nuances das percepções, as significações atribuídas pelos e aos sujeitos compreendendo de forma ampla aspectos relacionados à doença, ao portador, ao cuidador, tratamentos, comunidade, auxílios externos e fontes de apoio⁵⁷.

Trata-se, portanto, de “uma execução sistematizada, desenvolvida por meio de procedimento reflexivo, analítico e crítico que traz resposta ao problema”^{58:25}. Assim, esse paradigma tem como natureza característica a possibilidade de compreensão de como os fenômenos acontecem e refletem na organização humana, buscando captar a profundidade dos fatos. Traz a vivência dos sujeitos enquanto atores da experiência⁵⁷.

3.2 Local do estudo

Elegeu-se como campo empírico para o desenvolvimento desta pesquisa o município de Campina Grande – PB, localizado a 121 km da capital do estado, a cidade de João Pessoa. O município é o segundo mais populoso do estado e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no ano de 2010, contava com população de aproximadamente 385.213 habitantes e área territorial de 621 km², estimada para 2014 em 402.912 habitantes⁵⁹.

O Sistema Municipal de Atenção à Saúde é composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas, distribuídas em seis distritos sanitários de saúde. A rede municipal possui capacidade para atuar nos níveis de assistência primário, secundário e terciário, contando com estabelecimentos de saúde especializados que prestam atendimento regular ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação à articulação de serviços voltados para o cuidado em saúde mental, Campina Grande desenvolveu assistência psiquiátrica por volta de 1960 com a construção de dois hospitais psiquiátricos de caráter asilar, conhecidos como: Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande – Clínica Dr. Maia e o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF⁶⁰.

No que concerne à implementação de serviços de caráter substitutivo ao modelo manicomial, o município de Campina Grande – PB, apresenta avanço apenas no ano de 2002 com a aprovação da Lei Municipal de Saúde Mental (nº 4.068/02), com certo atraso em relação aos passos dados no cenário nacional. No ano de 2003 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi inaugurado, o CAPS II – Novos tempos, que proporcionou severas mudanças no modelo assistencial, representando o passo inicial para a construção de uma rede efetiva de cuidado extra hospitalar⁶¹.

Atualmente, o município conta com uma rede consolidada e articulada, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, composta pelos seguintes serviços: seis Residências Terapêuticas, oito CAPS: CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS inho, CAPS ad II e CAPS ad III infanto-juvenil na região metropolitana e CAPS I nos distritos de Galante e São José da Mata além de uma Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM).

A rede de saúde mental encontra-se distribuída de acordo com os distritos sanitários do município.

1. Distrito Sanitário I: CAPS ad; CAPS ad III; CAPS inho (Centro Campinense de Intervenção Precoce); Três Residências Terapêuticas Femininas; Duas Residências Terapêuticas Masculinas.
2. Distrito Sanitário II: CAPS I (Distrito de São José da Mata); CAPS III Reviver; Centro de Convivência, Cultura e Artes.
3. Distrito Sanitário IV: CAPS I (Distrito de Galante); CAPS II Novos Tempos.
4. Distrito V: Uma Residência Terapêutica Masculina.

A presente pesquisa teve como cenário o CAPS ad II do município de Campina Grande – PB. O CAPS ad II foi inaugurado na cidade no ano de 2005 e possui atualmente, segundo informações obtidas a partir do banco de dados do serviço, mais de 3000 (três mil) usuários cadastrados, com atendimento mensal realizado a um quantitativo aproximado de 450 (quatrocentos e cinquenta) pessoas. A escolha do local se deu por este se configurar como o principal serviço de atendimento especializado voltado para pessoas em uso prejudicial e dependência de crack, álcool e outras drogas do município.

O referido CAPS ad atende a algumas especificações da Portaria 336/02⁶² que estabelece o funcionamento, divisão por porte, complexidade e abrangência dos CAPS, no que se refere a modalidade CAPS ad II para atendimento a pessoas em uso prejudicial ou dependência de crack, álcool e outras drogas. O CAPS ad II de Campina Grande funciona diariamente, durante os cinco dias úteis da semana, em dois turnos, com as seguintes atividades: atendimentos individuais; atendimento em grupos; desenvolvimento de oficinas terapêuticas e de geração de renda; visitas domiciliares; atendimento a família, contando ainda com atividades de cunho comunitário com enfoque para integração do dependente químico na comunidade e inserção familiar.

Para o Ministério da Saúde, é fundamental que os CAPS ad II contenha equipe habilitada a oferecer tratamento para aproximadamente 25 pacientes por turno ou 45 pacientes por dia, contando com apoio técnico composto por um psiquiatra; um enfermeiro com

formação em saúde mental; um médico clínico geral; quatro profissionais de nível superior distribuídos dentre as seguintes categorias de atuação: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e pedagogo; e seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo, técnico educacional e artesão⁶².

Frente a tais determinações, é importante destacar que o serviço em questão funcionava, ao momento da realização da pesquisa, sem a participação de médico psiquiatra, assistente social e terapeuta ocupacional. Considera-se a ausência destes profissionais como nó crítico e fator dificultador para efetivação e eficácia das propostas de tratamento. Neste caso, a equipe técnica que opera as atividades desenvolvidas no serviço é composta por 18 (dezoito) profissionais, destes, 9 (nove) compõe a equipe de saúde. Conta-se com: 2 (dois) enfermeiros sendo 1(um) com formação específica em saúde mental, 1 (uma) psicóloga, 2 (duas) psicopedagogas, 2 (dois) técnicos de enfermagem, 1 (uma) médica clínica geral e 1 (um) músico.

Figura 01 – CAPS ad, município de Campina Grande –PB.



Fonte: Arquivo da Pesquisadora, 2014.

3.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte deste estudo 10 (dez) familiares/cuidadores de usuários em tratamento regular no CAPS ad. Destes, 6 (seis) mães, 1 (um) pai, 2 (duas) esposas e 1 (uma) prima, com idades entre 44 e 74 anos. Para tanto, levou-se em consideração a definição de família como

“uma unidade social ou um sistema formado por um grupo de pessoas, não só com redes de parentesco, mas fundamentalmente, com laços de afinidade, afeto e solidariedade”^{47:201}.

QUADRO 01 – Caracterização dos sujeitos do estudo por sexo, idade e grau de parentesco. João Pessoa – PB, Brasil. 2014.

SEXO	IDADE	PARENTESCO
F	44 anos	Mãe
F	74 anos	Mãe
F	55 anos	Esposa
F	50 anos	Prima
M	55 anos	Pai
F	53 anos	Mãe
F	65 anos	Mãe
F	70 anos	Mãe
F	51 anos	Mãe
F	54 anos	Esposa

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para a composição da amostra haviam sido traçados alguns critérios de inclusão: 1) Ser familiar cadastrado no grupo de família do CAPS ad; 2) Participar ativamente do grupo há pelo menos um ano, devido ao tempo necessário para formação de vínculo entre o familiar com o dependente químico; 3) Ser familiar cuidador do dependente químico. E como critérios de exclusão: 1) Participar do grupo de família em período menor que um ano; 2) estar a mais de três meses sem participar dos encontros do grupo de família.

No entanto, estes critérios foram elaborados durante a construção do projeto de pesquisa que impulsionaria a construção deste trabalho de dissertação, pré-estabelecidos de acordo com a concepção teórica sobre a forma de funcionamento do CAPS a partir do conhecimento prévio da atual política de saúde mental do país, que exige o desenvolvimento de atividades de cuidado voltadas para o familiar, a exemplo do grupo de famílias. Ao adentrar no serviço para aproximação com os profissionais, usuários cadastrados e cuidadores, pode-se perceber que o grupo de famílias do CAPS ad estudado havia se desfeito e estaria passando por processo de reestabelecimento e reestruturação de suas funções o que inviabilizaria a seleção dos integrantes da amostra por meio dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Além disso, durante o período de inserção no campo, alguns profissionais relataram que a estratégia de trabalho com dependentes químicos com efetiva participação da família vem se consolidando com dificuldade no serviço estudado, isto se configura como um dos impedimentos principais para o desenvolvimento do tratamento efetivo devido à ausência desta importante parceria.

Diante esta situação, verificando que um quantitativo reduzido de familiares ainda frequentara o serviço de forma assídua, tentando reestabelecer o trabalho em grupo, foi necessário iniciar o trabalho de diálogo com os profissionais afim de que eles indicassem quais familiares mais se destacam por suas histórias de enfrentamento e superação em relação ao acompanhamento da trajetória de tratamento do dependente químico. A partir de então, os profissionais do serviço, no papel de técnicos de referência indicaram dez familiares, ajudando a constituir a amostra de forma intencional, por meio das seguintes características: ser familiar cuidador; ter história de superação, enfrentamento em relação à dependência química; ter participação ativa no processo de tratamento do dependente químico.

3.5 Procedimentos e técnicas para produção do material empírico

Para produção e coleta do material empírico foi empregada a técnica de entrevista individual, com auxílio de um roteiro semiestruturado, composto por perguntas subjetivas que buscaram atingir os objetivos propostos pelo estudo, entendendo que o método empregado possibilita a obtenção de informações detalhadas, favorecendo o desenvolvimento da análise em profundidade.

O instrumento (APÊNDICE B) foi composto pelas seguintes questões:

- 1) Conte-me um pouco sobre como tem sido para você conviver com um parente dependente químico em processo de tratamento?
- 2) Quais os desafios vivenciados por você durante esse processo?
- 3) Quais estratégias você tem encontrado para superar os desafios e favorecer a reabilitação do seu parente?
- 4) Que tipo de apoio você esta buscando/buscou para ajuda-lo (a) na recuperação do seu parente?
- 5) Quais suas expectativas em relação aos serviços de saúde para ajuda-lo (a) nesse processo de reabilitação?

A inserção da pesquisadora no campo de pesquisa ocorreu a partir de março de 2014 inicialmente para apresentação da proposta do projeto de pesquisa em reunião com o coordenador do serviço, apresentando objetivos, metodologia proposta e aspectos éticos, além de esclarecer as dúvidas, obtendo aprovação para realização do trabalho e aproximação com a equipe técnica.

As entrevistas ocorreram no período correspondente aos meses de agosto e setembro de 2014, com período médio de duração de 30 a 45 minutos. Antes das entrevistas houve contato telefônico prévio da pesquisadora, com auxílio de profissionais do CAPS ad, com os familiares indicados para participar da pesquisa. O dia, horário e local das entrevistas foram acordados entre as partes neste contato telefônico e todos os participantes antes da realização das entrevistas foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a necessidade de gravação em áudio e a utilização de pseudônimos para preservação da identidade. Ao final de cada entrevista, para adoção dos nomes fictícios, a seguinte pergunta foi feita: Diga-me o nome de um sentimento que representa sua história com seu familiar no contexto da dependência química. Os pseudônimos escolhidos pelos familiares estão apresentados no quadro abaixo.

QUADRO 02 – Caracterização dos sujeitos do estudo segundo grau de parentesco e pseudônimo adotado. João Pessoa – PB, Brasil. 2014.

PARENTESCO	PSEUDÔNIMO
Mãe	Fé
Mãe	Esperança
Esposa	Sossego
Prima	Coragem
Pai	Compaixão
Mãe	Amor
Mãe	Confiança
Mãe	Dedicação
Mãe	Persistência
Esposa	Força

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Das dez entrevistas, oito foram realizadas nas dependências do CAPS ad por se caracterizar como um local de fácil acesso a todos os participantes. Duas entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes por impossibilidade de comparecimento ao serviço. Os sujeitos foram informados que embora se considere que todas as pesquisas que envolvem seres humanos e suas declarações apresentam riscos relacionados à exposição do participante/entrevistado, levamos em consideração à mínima exposição possível dos sujeitos,

tratando-os por nomes fictícios que não os identifiquem. Sabendo ainda que a pesquisa buscará que se sobressaíam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos possíveis, além disso, conta-se com a ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

3.6 Tratamento e análise do material empírico

Para análise criteriosa do material empírico obtido empregou-se a análise de conteúdo, apoiada pela técnica designada como análise de enunciação proposta por Bardin⁶³. Fundamentada na concepção da comunicação e formação do discurso como processo e não como ato/dado estático, distancia-se dos elementos formais que compõem a análise da linguagem e do discurso. Estas características diferenciam este tipo de análise das demais.

Por se caracterizar como produto inacabado, o discurso engloba e permite, ancorado na percepção de processo de elaboração, contradições, incoerências e imperfeições. Sabe-se portanto, que o material obtido por meio de entrevistas é considerado “ideal” para submissão à análise de enunciação, sabendo que a construção da palavra no momento da entrevista tem perfil espontâneo ao mesmo tempo que se reprime pela situação⁶³.

O discurso a ser trabalhado pela análise de enunciação é composto por três elementos principais: o locutor – quem exprime sua história de vida, ambivalências, conflitos, influências e ideologias – o objeto do discurso e o interlocutor⁶³. A produção extraída dos discursos construídos por meio das entrevistas foi analisada na íntegra, em sua totalidade, compondo um discurso único e singular.

No tipo de análise escolhido é possível analisar tanto as informações linguísticas como paralinguísticas (anotações sobre silêncios, choro, riso, figuras de linguagem, ironia e demais aspectos emocionais), salienta-se que neste trabalho não foi realizada análise paralinguística⁶³. Assim, na preparação e análise do material empírico, os passos propostos por Bardin foram adaptados à realidade deste estudo.

O material que constituiu o *corpus* discursivo da pesquisa foi transcrito em sua literalidade, foi realizada a organização e desenvolvimento de um plano de análise que permitiu a exploração sistemática das entrevistas, primeiramente em forma de leitura superficial dos depoimentos dos familiares cuidadores, seguido da busca pelo aprofundamento em conceitos expressos sobre a vivência de familiares da situação de dependência como coadjuvante no tratamento.

Cada entrevista foi analisada em profundidade e separadamente, o que possibilitou o recorte dos discursos mais significantes para a construção do *corpus*. O tratamento foi padronizado da seguinte maneira: 1) pausas curtas indicadas por vírgulas; 2) supressão de falas foi indicada com reticências entre colchetes [...]; 3) sinais de pontuação usados para entoação: ponto de exclamação e interrogação, ponto final e dois pontos; 4) interpolações, acréscimos ou comentários indicados entre parênteses.

Posteriormente, seguiu-se a etapa de exploração do material empírico que nos permitiu realizar uma operação classificatória, um agrupamento por semelhança a partir das proposições (palavras, frases, discursos). A cada agrupamento designou-se um título que permitiu a construção de temas que dialogam com os objetivos propostos pelo estudo e as questões que motivaram o desenvolvimento da pesquisa.

Dessa maneira, a partir da leitura exaustiva das narrativas, seleção e classificação por homogeneidade e semelhança a partir do trabalho com os recortes mais significativos dos discursos dos familiares, obteve-se os seguintes títulos:

Agrupamento I: Desafios vivenciados pelos familiares no processo de lidar com o dependente químico.

1. *Estresse constante causado pela incerteza*
2. *Manter a união familiar face o enfraquecimento e rompimento dos vínculos afetivos em detrimento de violências*
3. *Lidar com as recaídas e esperar a perda da autoestima e degradação pessoal do dependente*
4. *Convivência com danos financeiros, perda de bens e envolvimento com a criminalidade para manutenção do vício.*

Agrupamento II: Uma luz no fim do túnel: a esperança de dias melhores.

1. *Estratégias de enfrentamento*
 - a) *Dialogar sem criticar, aprender a dar mais amor e confiança*
 - b) *Fé e contato com o divino.*
2. *Mãos que constroem juntas: a busca por ajuda e a formação de redes de apoio.*
 - a) *Participação em grupos de apoio e autoajuda*
 - b) *Acolhimento no CAPS e demais serviços especializados*

3. Rede de saúde no cuidado à dependência química: aliados ou desaliados

3.7 Considerações éticas

A pesquisa se desenvolveu a partir das normas do Conselho Nacional de Saúde por meio de Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que estabelece as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. Após a adequação da pesquisa a tais normas, o estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba CEP/CCS – UFPB por meio da Plataforma Brasil, apreciado e avaliado obtendo parecer favorável no dia 30 de junho de 2014 sob Protocolo nº 0297/14 e CAAE: 31639114.3.0000.5188, tendo a permissão para posterior publicação condicionada à apresentação do resumo do estudo, proposto à apreciação do Comitê de Ética.

Antes da realização das entrevistas os participantes foram informados e esclarecidos sobre os objetivos propostos pela pesquisa e cientificados de que se tratando esta de uma pesquisa não invasiva as pesquisadoras não desrespeitarão nenhum princípio ético e os riscos seriam mínimos. Os mesmos também foram informados ainda sobre os possíveis benefícios que a pesquisa poderá gerar em relação ao tratamento e reabilitação psicossocial do usuário de álcool e outras drogas, atendidos nos serviços. Ficando cientes também sobre a possibilidade de desistência na participação da pesquisa sem nenhum prejuízo físico ou financeiro.

Diante do exposto, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE confirmando sua aceitação para participação na pesquisa. Uma cópia do TCLE foi entregue ao participante e outra ficou de posse da pesquisadora.

Ressaltava-se que as responsáveis pelo estudo assumem toda a responsabilidade em relação ao material empírico obtido garantindo que o material bruto após transcrição literal das falas seria guardado em local seguro, garantindo o sigilo e os princípios da bioética.

*4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO
MATERIAL EMPÍRICO*

O objetivo de realizar um estudo com familiares de dependentes químicos adveio da percepção acerca da importância dos mesmos nas propostas de tratamento, uma vez que a instituição familiar é considerada uma fonte de apoio, de proteção às recaídas e de prevenção quanto a eventual renúncia do tratamento. Ressalte-se ainda que a consolidação de uma rede de colaboração, envolvendo os demais membros na busca pela reabilitação psicossocial tem sido apontada como preditor de sucesso das ações terapêuticas.

Tal experiência possibilitou o conhecimento de um emaranhado de relações, sentimentos, desafios, estratégias e fontes de auxílio utilizadas pelos familiares na trajetória de luta contra a dependência química, tornando-se necessário trabalhar na perspectiva de romper com a simples descrição do cotidiano das famílias envolvidas com a drogadição e compreender, a partir dos pressupostos do pensamento sistêmico, como a relação com a dependência química interfere nas condições de vida e de saúde dos familiares.

4.1 Agrupamento I: desafios vivenciados pelos familiares no processo de lidar com o dependente químico

A partir da análise do material empírico, extraiu-se das falas dos familiares vivências dolorosas e experiências de sofrimento diante das consequências dos prejuízos diversos que a dependência química provoca na vida do usuário e das pessoas que compõem sua rede de relações.

Considera-se aqui, o entendimento no que concerne a compreensão da necessidade de conhecer a vivência dos familiares. Por sucessivas reflexões chegou-se à concepção de que vivência seria o termo mais adequado diante das histórias de sofrimento apresentadas pelos familiares. Entende-se, aqui, que o termo se refere a algo que o indivíduo “vive de corpo e alma”, algo que faz parte de seu dia-a-dia, que representa as múltiplas faces de seu cotidiano. A vivência perpassa a emoção, envolve sentimentos, posturas, ações, gestos e expressões, vividos de forma íntima.

De fato, ainda a partir da análise do material empírico, as falas possibilitaram a captação de mensagens de socorro, sintomas de estresse intenso, dúvidas e medo sobre o futuro. Para tanto, embora se conheça os benefícios inerentes à participação das famílias nas propostas de tratamento, sabe-se que a efetivação desta parceria – usuário e família – enfrenta diariamente conflitos que contribuem como fatores propulsores para a dificuldade no engajamento dos familiares, que, em casos de esgotamento físico e psíquico, cogitam o abandono do parente.

No entanto, frisa-se que os familiares escolhidos, e que compuseram a amostra desta pesquisa, não apresentaram ações de desistência, apesar das demonstrações de cansaço, de desânimo, de dor e de sofrimento. Neste ponto serão trabalhados os seguintes aspectos: **4.1.1 *Estresse constante causado pela incerteza.*** **4.1.2 *Manter a união familiar face o enfraquecimento e rompimento dos vínculos afetivos em detrimento de violências*** **4.1.3 *Lidar com as recaídas e esperar a perda da autoestima e a degradação pessoal do dependente*** **4.1.4 *Convivência com danos financeiros, perda de bens e envolvimento com a criminalidade para manutenção do vício.***

4.1.1 *Estresse constante causado pela incerteza*

Ancorados no paradigma epistemológico do pensamento sistêmico buscou-se compreender a dinâmica das relações que conduzem a vida em família e a condição de desordem imposta como consequência da perpetuação da dependência química na vida dos sujeitos. Reconhecer a família como sistema implica compreender a existência de subsistemas (pai – mãe, pais – filhos, irmão – irmão) e a existência de fronteiras que regulam as relações.

A instituição familiar é um tipo especial de sistema social, apresenta estrutura, padrões e propriedades organizacionais que possibilitam a manutenção da homeostase e do equilíbrio ao passo que fornece subsídios adequados para adaptação às mudanças e aos fatores estressores. “Entender as coisas sistemicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações”^{12:43}.

Por representar uma pequena sociedade humana, a família permite o reconhecimento de que seus membros apresentam, além de contato direto e diário, laços afetivos, bem como histórias de vida compartilhadas. Quando há existência do fenômeno da drogadição torna-se imprescindível a compreensão de que todos serão afetados pelas consequências do abuso de drogas, isso se dá a partir do reconhecimento da presença de interseções entre muitos sistemas, a saber: interação entre o usuário e a droga, o usuário com ele mesmo e, o usuário com os outros subsistemas com os quais ele interage, o tráfico, a justiça, os serviços de saúde e a família⁶⁴.

É comum, frente ao quadro de dependência química, perceber o “adoecimento” do sistema familiar como um todo. É frequente a identificação de famílias fragilizadas pelo convívio com as drogas, membros do sistema acometidos por sintomas depressivos, ansiosos e estresses constantes. As falas a seguir revelam tal vivência.

Essa questão da bebida já causou muito sofrimento *pra* mim [...] não tem um dia que ele saia que eu conseguia dormir, fico *vendo a hora* à má notícia, eu me preocupava demais perdia todo o meu sono, sem dormir direito por causa dele. É assim a minha vida com ele, é muito complicada, eu vivo preocupada (Amor – Mãe).

A pior coisa da vida de uma mãe é ter que abrir a porta *pra* o filho *ir pro mundo*. Eu fazia de tudo, chorava, só faltava me ajoelhar aos pés dele, dizia: venha *pra cá*, vamos rezar, fique aqui comigo. Mas não tinha acordo, então eu abria a porta e ele ia embora, e só Deus *pra* saber quando ele ia voltar. Ele ficava dois, três dias sem dar notícia, quando aparecia *era* com os traficantes na porta ou então *pra* pegar o resto das coisas que tinha (Fé – Mãe).

Na convivência com a dependência química é comum reconhecer que o abuso de substâncias altera muito rapidamente a vida dos membros da família, então acometidos por doenças de cunho físico e psicológico, violência, perdas financeiras, vergonha, negação, sentimentos de culpa, baixa estima e ansiedade. Os familiares que participaram da pesquisa revelaram vivências de dor e sofrimento, aliados, por vezes, ao sentimento de dúvida, impotência e incerteza devido à ameaçadora relação que se estabelece entre o usuário, as drogas e o meio em que elas são consumidas.

É comum que o usuário passe dias fora de casa sem manter contato, deixando a família apreensiva por reconhecer que, o subsistema da droga, que envolve o usuário, é representado pela violência e o perigo das ruas. Tal vivência provoca sinais de “adoecimento” por estresse nos familiares.

As mudanças que ocorrem na rotina ou estrutura organizacional do ambiente doméstico têm capacidade de provocar cargas de estresse que cada membro da instituição responderá de forma singular. A mudança relacionada à convivência com a dependência química normalmente extrapola a capacidade da família de (re)estabelecer o equilíbrio do sistema, se apresentando como grave fator estressor, percebido através de sintomas como a insônia e o choro recorrente.

Em estudo realizado com familiares de dependentes químicos⁶⁵ para avaliar o nível de estresse entre eles comprovou a sobrecarga emocional. Apontou ainda que familiares cuidadores encontram-se em estágios elevados de estresse e que as consequências físicas e psicológicas são severas, contribuindo ainda mais para a desordem no ambiente íntimo. Ao identificar os estágios finais e intermediários de estresse é possível observar a exteriorização de sintomas como: insegurança, medo, angústia, tristeza e impotência.

O reconhecimento de transtornos mentais em algum membro do lar pode causar desequilíbrio e o desenvolvimento do estado de luto. Neste caso, é atribuída ao cuidador a responsabilidade de acompanhar o tratamento, assistindo o familiar em suas necessidades.

Frequentemente, o cuidado exige tanto do cuidador que o desgaste torna-se aparente desencadeando vivências potencialmente estressoras geradoras de sentimentos negativos⁶⁶. A mesma situação pode ser percebida no reconhecimento da dependência química no seio familiar, considerando ainda que a convivência com a drogadição, e a exposição ao estresse por um longo período de tempo, pode acarretar o desenvolvimento de patologias como a depressão⁶⁷.

O lugar social que a família ocupa, diante da dependência química, atribui a ela exigências impostas pela comunidade e pelos serviços de saúde. Por uma vertente, a instituição é considerada culpada, uma vez que a desorganização do seu núcleo aparentemente veio a gerar membros dependentes. Por outra, é responsável por acompanhar, cuidar e tornar eficaz o tratamento do dependente, carregando o peso da violência, do desrespeito e da vergonha.

É muito ruim conviver com isso, *a gente* passa muita vergonha, os colegas dizendo que ele passou pedindo dinheiro [...] Mas *a gente* se acostuma com o que é bom e com o que é ruim também. *Me* acostumei com a vergonha, quando ele começou a usar que caía *nos cantos* eu ia atrás, sempre fui, a noite, qualquer hora (Compaixão – Pai).

O sentimento de vergonha, relatado por um dos familiares, é recorrente na dinâmica relacional com o dependente químico. Comportamentos inadequados, distantes dos padrões morais impostos pela sociedade, provocam sentimento de distanciamento das normas, do pertencimento social. A rotina íntima é do embate com expressões de tom preconceituoso das pessoas, além da marginalização das relações sociais comuns.

O estigma, o preconceito e a exclusão social são realidades historicamente construídas no que diz respeito à drogadição, o usuário é frequentemente discriminado pela sociedade, têm valores morais desconsiderados e sofre julgamento comunitário com facilidade. A família, que frequentemente acompanha a trajetória, culmina em se tornar alvo das mesmas desqualificações, potencializando a marginalização frente à perda do valor social do dependente, influenciando diretamente na forma que a sociedade o percebe^{26,28}.

Com a imagem da família maculada pelas chagas impressas pela dependência química, os membros caminham a passos largos para o fatalismo, para a acomodação, a aceitação da condição do usuário como *uma cruz que Deus deu* e que eles são *obrigados a carregarem*, compreendendo a drogadição como algo irremediável, irrevogável, naturalizando a dor frente às decepções e expectativas não garantidas, colocando-se muitas vezes de maneira impassível diante da desordem, sem ter convicção de seus papéis como agentes modificadores.

Logo nos primeiros dias para mim foi um pouco difícil, quando foi passando o tempo eu fui me acostumando (Coragem – Prima).

Por outro lado, duas entrevistas destacaram-se: a partir da fala dos familiares, percebem-se sinais claros de ações resilientes, em que, mesmo diante do sofrimento e da dor que a dependência química provoca, suas histórias de vida possibilitaram a transformação da carência em competência, no sentido de ressignificar a dor, aprendendo a doar mais amor.

Eu já sofri muito. Foi com ele que eu *vim* entender o que realmente era sofrimento, com essa dependência, e que também me fez aprender a dar mais amor. Nunca passou pela minha cabeça desistir dele (Dedicação – Mãe).

Pra mim no início foi muito difícil, muito mesmo. Foi muito sofrimento, muita perda, muita dor, porque antes a família não existia, antes era só destruição, perda, dor [...] Cada dia é uma vitória, quando o filho *da gente tá* bem *a gente também tá*. Eu não tenho vergonha de nada do que se passou na minha vida e na vida do meu filho. E eu sempre digo: quem tiver os seus não *desista* nunca! (Persistência – Mãe).

O familiar resiliente aprendeu a ressignificar o sofrimento, transformando-o em fortaleza, mas, para que isso fosse possível, precisou ser submetido a um processo ativo de ferimento, resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise. Remete-nos a Rubem Alves⁶⁹ ao comparar o crescimento humano diante das adversidades do cotidiano com ostras que, somente depois de feridas por incômodos grãos de areia conseguem produzir pérolas.

O termo resiliência foi utilizado pela primeira vez nas Ciências Exatas, nos estudos da Física para representar a capacidade que determinados materiais tinham de retornar ao seu estado original após sofrer grandes cargas de pressão. A palavra, de origem inglesa *resilient*, remete à ideia de elasticidade, capacidade de retorno, e tem sido empregada com frequência nos estudos que envolvem as Ciências Sociais e da Saúde para qualificar a capacidade que o ser humano tem em reagir positivamente a fatores estressores e cargas emocionais intensas causadoras de desequilíbrio⁷⁰.

A condição de desenvolver a competência de ser resiliente está impressa na capacidade de vencer fatos traumáticos da vida, conseguir, através da superação, alimentar sentimentos de autoconfiança e autoestima. Considera-se resiliente aquele que consegue renascer das adversidades fortalecido e dotado de recursos extras para transformar situações de vulnerabilidade em potencialidades restauradas⁷¹.

As pessoas não nascem resilientes, é a experiência que se adquire a partir das vivências de dor e sofrimento que as possibilitam construir estratégias de enfrentamento eficazes. O cuidador de usuários de álcool e outras drogas está exposto a situações adversas

permanentemente, com rotinas permeadas de dúvidas ao ponto de não ser possível mensurar o quão difícil é manter-se equilibrado emocionalmente, agindo pela razão para ajudar o dependente em todos os aspectos de sua trajetória.

Grande parte destes familiares, embora com muito esforço, não conseguem manter a dinâmica relacional estável e muitas vezes se encontram em situação de desespero. As falas abaixo confirmam tal afirmação.

A gente vive cada dia na expectativa, orando e vigiando, cada dia é uma vitória, cada momento, cada segundo. Eu mesma chorava muito no começo, às vezes a vontade que dá é da gente sair correndo, desistir, dizer coisas, bater, mas agredir não resolve né?! Só quem é mãe sabe, a gente contando as pessoas não sabem a dor que é, é uma dor muito grande, um sofrimento muito grande, é triste (Fé – Mãe).

[...] a luta contra a dependência depende muito da paciência, da tolerância, tem dia que é bom, tem dia que é sufocado, de desespero e aflição, você fica sem saber a quem recorrer, procura terra sob os pés e não encontra. De tanto chorar eu já não tenho nem lágrimas. Quando eles estão bem são ótimas pessoas, mas quando estão na dependência, a família não aguenta, *a gente tá* tudo cansado, não existe respeito, não existe tranquilidade, não existe a quem *a gente* recorrer, *a gente* fica só. Só Deus, orar e vigiar pela cura, viver um dia de cada vez (Esperança – Mãe).

A fala dos familiares expressa relações e vivências substancialmente geradoras de sofrimento emocional. A rotina de cuidado com dependentes químicos é permeada por sentimentos antagônicos que representam a ambiguidade de relacionar-se com o amor e a dor, a esperança e a frustração. Entende-se que, embora as falas apresentem expressões que representam vitória, alguns familiares revelaram vivência permeada por expectativas e, frequentemente, desespero, aflição, dor, cansaço, vontade de agredir e de desistir.

A vivência com um acometimento patológico crônico como a dependência química é complexa e exaustiva para os “cuidadores do lar”, principalmente por seu caráter estigmatizante e excludente, além das manifestações sintomáticas agudas, causadas pela dependência, que agredem a dinâmica familiar. A condição de agressão sofrida pelos membros provoca sobrecarga emocional, física e econômica, modificando o funcionamento interno e a forma com que os membros se relacionam com a comunidade, além de prejudicar o desempenho profissional, atividades domésticas e demais aspectos da vida⁷².

Este é o cenário vivido por essas mães e demais membros cuidadores que se sobrecarregam física e emocionalmente na intenção de encontrar estratégias que favoreçam a construção de novos subsistemas relacionais entre eles e o membro dependente químico.

A sobrecarga física e emocional está entre as principais causas do abandono da família em relação ao cuidado destinado ao dependente químico, a dor e o sofrimento são

compreendidos como fatores que contribuem para o desespero dos membros, aliados que estão às chances de desistência. Os familiares podem se afastar por não conseguirem mais lidar com as consequências negativas impostas pela drogadição e tal abandono contribui significativamente para a diminuição das chances do usuário conseguir alcançar a reinserção e reabilitação psicossocial⁷³.

O próximo tema exposto elucidará discussões acerca de outros importantes desafios enfrentados pelos familiares no processo de cuidar de parentes dependentes químicos. Compreende-se que tais desafios se apresentam como fatores obstaculizantes, tanto para o sucesso das propostas de tratamento, quanto para o engajamento eficaz para a permanência do membro na rede de relações do dependente.

4.1.2 Manter a união familiar face o enfraquecimento e rompimento dos vínculos afetivos, em detrimento de violências

A família é a primeira instituição que o ser humano mantém contato e estabelece vínculos. No interior de sua organização vários aspectos da vida dos membros são desenvolvidos a partir de transferências de valores, cultura e costumes e, por atuar como sistema social aberto, alguns comportamentos sofrem influências do meio social, tendo ação capaz de provocar desequilíbrio e quebra da homeostase do sistema familiar, a exemplo da drogadição.

Ser familiar cuidador de dependentes químicos impõe o enfrentamento de diversas situações de conflito, decepções, mágoas, perdas e dor. Outro importante desafio percebido durante o diálogo realizado com os membros estava relacionado à situação de violência intrafamiliar enfrentada por eles, principalmente durante os períodos de consumo de substâncias psicoativas. A violência intrafamiliar é definida como:

[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder a outra^{74:15}

Os discursos apresentados mostram a condição de fragilidade em que os parentes se encontram diante dos casos de violência intrafamiliar, encurralados a recorrer a opções meramente mecanicistas, medicalizadoras e hospitalocêntricas. Tal postura se reconhece devido à falha do sistema doméstico-social em canalizar e/ou trabalhar em busca da redução da agressividade.

Ele agressivo, com má companhia [...] Tinha dias que a gente levava ele duas vezes *pra* emergência com o SAMU e a polícia [...] a *gente* já tinha até medo dele porque podia ele fazer alguma coisa, ninguém sabia o que se passava na cabeça dele (Dedicação – Mãe).

Sempre foi muito sofrimento, ele bebia, era agressivo, chegava em casa me *esculhambando*, não tinha sossego. Eu já sofri um bocado nas mãos dele, de empurrão, de tapa, eu sofri. Muitas e muitas vezes ele ameaçava o filho [...] era desse jeito, sofrimento para mim e *pra* meu filho (Sossego – Esposa).

As situações de violência desferidas pelo dependente químico contra os membros do sistema caseiro têm causa relacionada a diferentes fatores, dentre eles: socioeconômicos, culturais, psicológicos, situacionais e sociais. A violência intrafamiliar apesar de poder estar relacionada a tais fatores, normalmente associa-se a duas grandes condições de origem: intrafamiliares – que dizem respeito à dinâmica de conflito no ambiente doméstico – e sociais, sendo o principal deles o abuso de substâncias psicoativas⁷⁵.

Dentre as mais diversificadas alterações comportamentais que modificam o cotidiano das famílias com dependente químico, destaca-se a agressividade e a violência por parte do usuário de drogas, prejudicando ainda mais a dinâmica interrelacional. Devido à agressividade, vivenciam diversas formas de sofrimento que implicam em desordem, consequências psicológicas e físicas. As implicações de violência sofridas pelos familiares interferem diretamente no âmbito doméstico, tornando as relações em agressivas e desarmônicas, permeadas por desavenças, enfraquecimento dos vínculos e medo, o membro habitual se sente intimidado em seu próprio lar¹⁸.

As falas nos remetem a gravidade do problema que envolve o contexto da drogadição, são situações de abuso, violência física, verbal e psicológica, violências conjugais e intergeracionais que, por vezes, culminam em agressões com armas brancas. Quando a convivência atinge este nível de desequilíbrio as relações se resumem em expressões que representam a falta de respeito, a falta de tolerância, de confiança e segurança no ambiente doméstico.

A gente trouxe ele *pra cá* por causa da bebida, *tava* bebendo muito e, além disso, *era* muita violência dele e da mulher em casa na época [...] eles brigavam muito, a menina mais nova assistia muitas cenas horríveis em casa, o pai ou a mãe com uma faca e ela dizendo que iam se matar [...] começavam a brigar, saíam no tapa e *até faca saía* (Amor – Mãe).

Alguns estudos^{76,77} comprovam a associação entre o uso de drogas e as situações de violência e agressividade sofridas pelos familiares. Uma pesquisa de associações temporais relacionou o uso de álcool e a violência contra mulher, revelando que as taxas de violência de

gênero foram alarmantemente 6,5% mais altas nos casos de embriaguez⁷⁶. Outro estudo realizado no município de São Paulo – SP investigou o quantitativo de 2.372 domicílios, demonstrando que em 52,7% do total da amostra, as mulheres entrevistadas relataram agressão do cônjuge com autor alcoolizado, além disto, dentre estas, 9,7% afirmou a associação do álcool com outras drogas⁷⁷.

É frequente que a violência envolva principalmente o casal, mas, em muitos casos, outros membros do sistema doméstico também são afetados e as consequências se farão sentir em vários aspectos da dinâmica relacional. Um familiar citou a participação da filha mais nova do casal como expectadora da violência.

[...] a menina chegava na minha casa tarde da noite. Hoje ela é nervosa, muito nervosa, a *gente* vê a diferença dela *pra* outra, a que vivia comigo o comportamento dela é totalmente diferente, a outra é violenta como a mãe e como o pai, é *respondona*, ela não obedece, é ela e *pronto* [...] eu sei que isso é culpa da convivência dela com os pais desde pequena (Amor – Mãe).

Os filhos que são *de menor* [...] ter a visita de uma assistente social porque os filhos ficam muito abatidos, eu digo porque meus três netos que eu crio com ele eu vejo que eles têm umas atitudes muito estranhas, mas sei que isso é culpa do acompanhamento da dependência dele, a criança se criar dentro de um ambiente desse fica difícil, a criança não entende uma situação dessa (Persistência – Mãe).

A fala acima expõe com clareza as consequências psicossociais impressas na vida da criança, ao expor seu comportamento arreado e a reprodução das ações de violência que presenciou enquanto conviveu com o pai e a mãe. A ocorrência de violência não está relacionada exclusivamente a determinadas classes econômicas, faixas etárias e grupos específicos, é um fenômeno social e universal consideravelmente agravado pela dependência química, que afeta principalmente crianças, mulheres e idosos⁷⁸.

É sabido que a convivência com situações de violência, apesar de abalar emocionalmente todos os membros da família, prejudicam de forma mais severa o desenvolvimento socio-emocional de crianças e adolescentes: quanto mais intensa a violência física ou verbal, sofrida ou presenciada, mais profundos serão os prejuízos. Podem ser citados aqui danos relacionados à autoestima, ansiedade, depressão, comportamento antissocial, inadequação às normas, mau rendimento escolar, entre outros⁷⁵.

Outro discurso que despertou atenção nesta pesquisa foi o de Esperança que retratou a partir de sua experiência, a vivência de muitas mães/cuidadoras idosas que se veem enfrentando limitações impostas pela senilidade ao passo em que estão expostas ao desgaste

provocado pelo cuidado a dependentes químicos. Os sujeito que compuseram este estudo, contou com a participação de dez familiares, destes, três apresentam idade acima de 65 anos.

No princípio ele era jovem era mais fácil de lidar, ia fazia a desintoxicação, tomava a medicação e melhorava, não era tão agressivo [...] O que eu tô achando ruim é a violência dentro da minha casa, a agressividade dele é o que mais tá me perturbando e tá atingindo agora os vizinhos. **E pelos meus direitos, direitos do idoso, eu tenho que deixar ele longe de mim, não pode mais conviver comigo porque ele bateu em mim, tirou sangue da minha cabeça.** [...] Você pode ver que na minha casa não tem nada porque ele quebrou tudo, e quebra, quando ele está revoltado, ele quebra tudo. E até em mim ele bate. [...] tem um neto que mora comigo e ele jurou que ia matar o menino, ele ficou muito violento (Esperança – Mãe). *Grifos nossos*

A Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso, garantindo há mais de dez anos proteção aos idosos nos mais variados casos de violência, traz, em seu artigo 4º que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, **violência**, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”⁷⁹. *Grifos nossos*

Todas as formas de violência contra os mais diversos grupos sociais, crianças, mulheres, idosos, têm relação direta com a saúde mental destes indivíduos. Apesar de sua importância, as interfaces muitas vezes não são identificadas ou são negligenciadas por profissionais de saúde, contribuindo para invisibilidade do reconhecimento da associação entre a prática da agressão com o consumo de substâncias psicoativas⁸⁰.

O artigo 19 da supracitada lei⁷⁹ assegura que “os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária”. No entanto, devido à magnitude da subnotificação dos casos de agressões envolvendo dependentes químicos, o CAPS, por representar um subsistema importante no enfrentamento à drogadição, atuando como elo entre o usuário e o familiar, pode desenvolver ações de cuidado²⁸, assim como realizar notificação compulsória a órgãos responsáveis, como a Autoridade Policial, Ministério Público ou aos Conselhos Municipal Estadual e Nacional do Idoso⁷⁹.

Tais ações tem intuito de orientar os familiares a não compactuarem com as práticas de violência e, além disso, conscientizar sobre a necessidade de encaminhamento dos casos identificados para acompanhamento especializado no intuito de promover apoio psicossocial, trabalhando na prevenção de novos casos²⁸. Contudo, durante as entrevistas com os parentes que relataram sofrer ou presenciar situações de violência, de cunho físico, psicológico, moral ou financeiro, não foi possível reconhecer o desenvolvimento destas medidas pela equipe de

saúde. Tal passividade pode ocorrer em detrimento do (des)cuidado em relação ao familiar ou por naturalização da agressividade por parte do adicto.

Com base na perspectiva sistêmica, a compreensão do todo não se constrói apenas a partir da soma das partes, é importante reconhecer a influência que os subsistemas exprimem na dinâmica do sistema global, neste caso, a família. A dependência química tem a capacidade de romper com a organização e o equilíbrio do lar, atuando de forma negativa na manutenção dos vínculos afetivos, o que se percebe são situações de violência, conflitos, desentendimentos e abandono.

Na relação com a drogadição é comum a adoção do conceito de família disfuncional. Tal expressão se traduz pela inexistência de harmonia no âmbito familiar, com relações e funcionamento patológico, principalmente no que diz respeito ao diálogo. A comunicação hostil, ausência de espaço para expressão de sentimentos, ideias e opiniões, em que prevalece o sentimento de deslocamento, não pertencimento, afetando diretamente a relação do dependente químico com a família e com a comunidade⁸¹.

Essa desunião deles é um grande desafio, ele é muito grosso e elas (as irmãs) não têm paciência, não compreendem a doença [...] Eu sou viúva e as minhas filhas não me ajudam, brigam mesmo com ele, se intrigam, ficam sem se falar, e eu fico sozinha para combater esses vícios dele. Fica muito difícil para mim (Paciência – Mãe).

A fala da mãe Paciência expõe a situação de conflito provocada pela desorganização familiar em consequência da dependência química. A ruptura dos vínculos reflete na dinâmica relacional dos membros que compõe o sistema doméstico, por meio de expressões de “raiva”, “intolerância”, “desprezo” e “abandono”, marcados pela inexistência de comportamentos de afeto, respeito mútuo e diálogo saudável.

Além disto, uma das mães entrevistadas relatou como era a relação de afeto entre os membros da família e o parente dependente antes do tratamento ter início.

Pra começar não era uma família, não tinha aconchego entre *a gente*, ele passava uns dois meses sem falar conosco, sem ligar, sem procurar as irmãs e a mim, as vezes eu ligava e ele não atendia era muito difícil até retornar (Persistência – Mãe).

No que concerne à família como fator apoiador e de empoderamento para o usuário, tal instituição pode atuar como facilitadora ou dificultadora no processo de reabilitação, basta observar o tipo de vínculo que se estabelece entre seus membros⁸². Após o início do enfrentamento da dependência química muitos desgastes ocorrem, os cuidadores e demais membros, perdem a paciência, a tolerância, e desacreditam da vontade e/ou capacidade do

dependente em se reestabelecer. Por sua vez, o usuário, diante de diversas cobranças e rótulos recebidos dentro do próprio ambiente familiar se vê diante da incapacidade de demonstrar afeto.

Eu estou ficando perdida, estou sem saber como resolver porque as minhas filhas não suportaram a convivência com ele por causa disso, e eu estou notando que ele tem ciúmes de mim com meus netos e minhas filhas, ele tá tendo a *síndrome de posse*, só me quer para ele, e eu não posso. Tive que passar dois dias fora de casa *pra* ver se eu melhorava, não é fácil [...] dessa vez eu fiquei no meio, as portas aqui fechadas e eles dois se *gladiando*, ele e meu neto de 17 anos (Esperança – Mãe). *Grifos nossos*.

O estudo de Souza, Kantorski e Mielke⁸³ apontou resultados importantes, ao explicitarem que grande parte dos vínculos afetivos saudáveis desenvolvidos durante a vida se rompem em decorrência dos problemas gerados pela instalação da dependência química no sujeito. Constatou-se, que a situação atinge patamares de complexidade preocupantes, nota-se, com frequência, o desgaste elevado nas relações entre os membros que compõem a família nuclear, envolvendo cônjuge e filhos, e percebe-se que estes laços são os primeiros a se romperem. A única vinculação afetiva “saudável” que o dependente passa a manter é com sua família de origem (pais e irmãos), em que se reconhece que, mesmo diante a existência de convívio doméstico, a dinâmica doméstica pauta-se nas relações de ambiguidade de sentimentos, com laços fragilizados pela sobrecarga, estresse e violência.

É importante perceber que embora tal estudo corrobore a perspectiva apontada pelos familiares desta pesquisa ao revelar que a convivência com a dependência química provoca fragilidade nas relações, distanciamento entre os membros da família e prejuízo na qualidade da rede colaborativa do usuário, os resultados deste estudo refutam algumas perspectivas, por mostrar o rompimento dos laços afetivos, inclusive, e principalmente, com os irmãos, aumentando a sobrecarga da mãe cuidadora, que além de buscar atender as necessidades do dependente continua exercendo seu papel dentro da instituição familiar na manutenção da relação saudável com os demais membros.

Além das dificuldades impostas pela condição da dependência química no ambiente familiar, foi possível identificar a mãe - Esperança fazendo referência a então denominada “Síndrome de posse” caracterizada aqui pela presença de ciúme patológico. Embora seja comum a percepção desta característica em dependentes químicos⁸⁴, o que se percebe é a utilização e apropriação de termos técnicos pela participante. Tal diagnóstico não existe, e, embora represente uma criação cultural da mãe, ancorada na vivência patológica do ciúme do filho, desperta para a possibilidade do enfermeiro adotar em sua prática laboral esta

característica, pautada na construção de um novo diagnóstico em Enfermagem melhorando a qualidade do cuidado.

O uso compulsivo de substâncias psicoativas contribui para o desenvolvimento de posturas inadequadas, arredias e violentas, que não interferem na dimensão pessoal da vida do sujeito, mas favorecem o comprometimento dos relacionamentos interpessoais de forma a provocar distanciamento, isolamento e quebra do diálogo com familiares e comunidade, marginalizando o usuário progressivamente⁸⁵.

É sabido, que pessoas envolvidas com a drogadição contam com uma rede de colaboração bastante restrita, composta basicamente por familiares e amigos íntimos que acompanham e apoiam a busca pela reabilitação psicossocial, e que, mesmo a rede de apoio apresentando caráter de restrito é frequente o relato de histórias de rompimento de vínculos⁸⁶.

Por estes motivos, sabendo que a ruptura de vínculos torna-se realidade difundida no contexto de vida de dependentes químicos⁴⁴, não é adequado compreender tal rompimento de forma isolada, pois, diante das cobranças, dos desentendimentos e ações de agressão surgem, a partir de processos de auto avaliação, sentimentos de vergonha e culpa, interpretados pelo sujeito⁸⁷.

Considera-se, portanto, que para a efetivação das práticas de cuidado que buscam reabilitação psicossocial e (re)inserção familiar e comunitária do usuário de álcool e outras drogas, é necessária a reintrodução dos dependentes ao convívio doméstico na tentativa de resgatar os vínculos desgastados ao longo do processo, possibilitando a criação de novas redes de apoio⁸⁶. Tal perspectiva reflete a necessidade de direcionamento das ações dos serviços especializados sob o enfoque do fortalecimento das habilidades de socialização em prol da melhoria da qualidade dos vínculos, pré-estabelecidos e futuros.

4.1.3 Lidar com as recaídas e esperar a perda da autoestima e a degradação pessoal do dependente

Alguns familiares que compuseram a amostra desta pesquisa apontaram as recaídas dos usuários como fator dificultador para a efetividade do tratamento. No entanto, “a dependência química é um transtorno crônico e pela sua própria natureza tem tendências a episódios de recaída”^{88:234}.

Neste sentido, mesmo a recaída se apresentando como fenômeno comum no âmbito de tratamento da drogadição⁸⁹, é frequentemente apontada como desafio para as ações dos familiares, isso ocorre devido às expectativas não garantidas que foram depositadas pelos

familiares na manutenção da abstinência do usuário. É normal nestes casos que os familiares respondam com sentimento de “desapontamento”, “desânimo” e “frustração” frente às possibilidades de reabilitação.

Tem as recaídas dele, porque quando recai é pior do que já *tava*, parece que volta com toda a sede (Paciência – Mãe).

É fundamental que usuários e familiares sejam instruídos sobre a condição crônica da dependência química e também sobre os danos físico-psicológicos causados ao usuário. Tais danos provocam mudanças dos níveis bioquímicos e cerebrais, assim, a recaída não pode ser vista como sinal representativo de fracasso ou fraqueza, abandonar as drogas não depende apenas da vontade pessoal, envolve um contexto mais amplo, social, laboral, psíquico, com um tratamento longo, difícil e doloroso²⁶.

As propostas de tratamento oferecidas na grande maioria dos serviços de atendimento a dependentes químicos já estiveram pautadas exclusivamente na manutenção da abstinência e prevenção à recaída, mas, a partir das propostas de redução de danos com ações baseadas nas vertentes da Clínica Ampliada e na Psicanálise tal realidade pôde ser modificada⁹⁰. Para tanto, nas atuais perspectivas de intervenção, perceber a recaída sob o olhar do descrédito, da fraqueza e da má vontade é considerado um equívoco, embora ainda cometido de forma recorrente por profissionais de saúde e familiares⁹¹.

Neste caso, para o progresso do tratamento, a recaída não pode ser considerada empecilho, os membros do lar precisam ser conscientizados da possibilidade de ocorrência dos lapsos. A trajetória do dependente químico em busca de reabilitação é marcada pelas chances de sucesso e fracasso, e, por vezes, o contexto que envolve o sistema familiar culmina por exigir posicionamentos e atitudes saudáveis, funções colaborativas e compreensivas por parte de um núcleo já bastante fragilizado, na perspectiva de compreender as recaídas como parte do processo, e conseguir atuar como aliado para o retorno saudável aos serviços de saúde e adaptação a novas propostas de tratamento⁹².

A recaída também pode apresentar pontos positivos, em muitos casos o usuário tem a percepção ilusória de que não está acometido pela condição crônica da dependência química pelo fato de ter conseguido manter-se em abstinência por longos períodos de tempo. Em verdade, a recaída alerta o usuário a despeito de sua condição, lançando novas possibilidades de acompanhamento⁸⁹.

Sabendo então que as reincidências fazem parte do processo de recuperação é necessário que os usuários recebam atendimento clínico de qualidade associado a tratamentos

farmacológicos, acrescidos de intervenções de abordagem psicossocial como forma de viabilizar o tratamento eficaz⁹³. Considera-se, portanto, que as ações de cuidado do campo psicossocial tornam-se mais efetivas com a participação de familiares, amigos e comunidade, influenciando na motivação do usuário em compreender a dependência, superar a decepção, os danos físicos e emocionais provocados pela recaída, além de contribuir para renovação da confiança no tratamento, nas possibilidades de reinserção social e reconstrução familiar⁹⁴.

As ações de prevenção à recaída construídas no âmbito do CAPS, bem como no ambiente doméstico buscam alcançar mudanças nos hábitos autodestrutivos, assim como construir também uma nova forma de ver e perceber a vida. Além disso, é possível buscar a manutenção das ações de mudança por meio de estratégias de aprendizado seguro e comportamentos adaptativos às adversidades impostas pelo contato, ou possibilidade de contato com as substâncias, como forma de reconhecimento/prevenção a fatores de risco⁹⁵.

A família pode, no seu papel de coadjuvante, trabalhar em comum acordo com o dependente e os profissionais de saúde que o acompanham, no reconhecimento dos principais fatores de risco a fim de construir bases sólidas de enfrentamento, controle e autoeficácia.

O discurso recortado abaixo desperta atenção por envolver, além da recaída, outra vertente importante nas questões inerentes ao tratamento e acompanhamento da dependência química, qual seja: ao enfatizar que o filho “nem bebia, nem usava drogas” entende-se que a mãe não percebe o álcool como droga, assim como grande parte da população.

Depois de 4 anos que **não bebia nem usava drogas** teve uma recaída muito grande que foi preciso internar [...] Tinha seu trabalho, trabalhava com o pai, tinha seu dinheiro, responsabilidade com a mulher e com os filhos e depois dessa separação piorou a situação dele, hoje em dia não pega em dinheiro, tá interno e foi interno por causa dessa recaída (Dedicação – Mãe). *Grifos nossos*.

Tal fato pode estar relacionado à legalidade da substância, o baixo custo, facilidade de acesso e consumo livre, o que pode reforçar os estigmas impressos, relacionados aos usuários de acordo com os diferentes estatutos de legalidade das drogas, implicando em diferentes concepções sociais referentes à criminalidade, periculosidade, dependência e degradação moral⁹⁶.

Em continuidade, as questões relacionadas à degradação pessoal, moral e social do dependente também se configuram como desafio relevante que permeia o cotidiano dos familiares cuidadores, acrescido ainda do *déficit* no autocuidado, o abandono do lar e o início da vida nas ruas, a exposição à violência e às doenças em razão do consumo das substâncias. É recorrente a interpretação de que a partir do envolvimento com a drogadição o usuário

acaba se descuidando da família, dos amigos, de seu emprego e da sua situação financeira, incluindo aspectos relacionados também a higiene pessoal, somando prejuízos a todos os aspectos de sua vida⁹⁷.

A rede colaborativa do usuário se desfaz gradativamente, os familiares e amigos que o apoiam passam a acreditar que o dependente torna-se incapaz de sentir afeto e respeito por alguém ou algo além da droga, reconhecendo a preferência do usuário pelo subsistema da droga e o afastamento da família⁹⁸.

A pior tristeza que a *gente* passou foi ele chegar na minha porta e eu dizer que se fosse só *pra* pegar o resto das coisas ele não ia entrar [...] Ele me olhou e disse: então me dê um copo de água. Imagina né? Um filho pedir um copo de água, você dá, ele tomar e pronto, ir embora como qualquer outro mendigo que a gente ajuda por caridade quando chega na nossa porta. Isso me marcou muito, ele tomar a água, sentindo sede e fome e depois sair pelos cantos das paredes. Isso é um sofrimento muito grande (Fé – Mãe).

A vivência da drogadição através do acompanhamento como expectador da degradação pessoal e falência moral do usuário pode provocar bastante sofrimento, tristeza, sentimento de impotência e incapacidade de tomar o controle da situação e ajudar o usuário a desenvolver novas perspectivas de vida. Além disso, o descuido no que concerne às ações de higiene pessoal é bastante comum entre os dependentes químicos, a degradação pessoal é relatada pelos familiares a partir da vivência das ruas, frequentando lixos e comendo-os, sentindo sede e fome e continuar “optando” pela a droga ao invés do lar.

Lá no Sertão ele vivia morrendo de fome, pedindo comida aos outros com uma bacia toda suja, jogado na rua como um mendigo, vendo a vida passar, dependendo de caridade (Coragem – Prima).

Mas o maior desafio mesmo foi ele se entregar ao mundo das drogas. Foi ver ele passar a noite inteira dentro de uma boca, sujo, dentro dos lixeiros, abrindo e comendo lixo (Persistência – Mãe).

Expõe-se, a partir dos discursos, o abandono do cuidar de si pelo dependente químico, o desinteresse pela alimentação e subsistência. As ações de autocuidado são práticas inerentes à vivência humana, no entanto, no cotidiano do usuário de drogas tal ação está seriamente prejudicada sendo a negligência com a própria saúde bastante comum⁹⁹.

Autocuidado é a capacidade de desempenhar diferentes práticas e atividades em benefício próprio em prol da manutenção da saúde, qualidade de vida e bem estar, quando realizado de forma efetiva ajuda a manter a integridade estrutural e o bom funcionamento nas dimensões biopsicossociais humanas¹⁰⁰. Neste ínterim, o usuário comete sucessivos

abandonos de aspectos que outrora foram essenciais para sua vida e fontes de prazer e motivação da própria existência, relações interpessoais e familiares, trabalho e lazer¹⁰¹.

Revisitando o que já foi exposto nesta pesquisa, ressalta-se que em detrimento da dependência química e a falta de autocontrole em resistir ao consumo, familiares e usuários sofrem com as consequências sociais negativas a que se expõem. Alguns, em interpretação simplista e pejorativa acreditam que as drogas arrancam a humanidade, a dignidade, a moral e a ética dos usuários transformando-os em “zumbis” em função do consumo¹⁰².

A postura social de exclusão imprime marcas negativas, provocando rebaixamento da autoestima já afetada pelo descaso e desesperança, levando os usuários a desenvolverem posturas ainda mais autodestrutivas, autoabandono, descuido e desinteresse total pela vida. O que se percebe são corpos fragilizados, mentes agonizadas, sono e alimentação precária, higiene pessoal deteriorada, relações afetivas praticamente inexistentes¹⁰³.

A rua já está cheia, já tem demais e a *gente* pegar e jogar na rua não dá, a rua não cuida!
É mais um no cordão da mendicância. (Esperança – Mãe).

O estudo de Silveira e Rodrigues¹⁰⁴ revela a facilidade com que se reconhecem sinais de descuido com a saúde, com a alimentação e higiene pessoal impressos no cotidiano do usuário de álcool e outras drogas, a partir do momento em que a dependência química ocupa lugar central nas prioridades de vida dos usuários que abandonam seus lares e ocupam os espaços das ruas passando a negligenciar cada vez mais as possibilidades de reabilitação.

4.1.4 Convivência com danos financeiros, perda de bens e envolvimento com a criminalidade para manutenção do vício

No geral, as drogas de caráter lícito ou ilícito provocam alterações no organismo das pessoas que as consomem. Quando psicoativas ou psicotrópicas, além de provocar degradações físicas, tem capacidade de atuar nas funções do Sistema Nervoso Central provocando danos no psiquismo, traduzidos em alterações de humor, supervalorização das sensações de prazer e euforia, capazes de satisfazer, mesmo que momentaneamente, os desejos, as deficiências emocionais e a apatia cotidiana¹⁰⁵.

A condição de satisfação que a droga impõe ao usuário é tão intensa que o consumo torna-se frequente através da ingestão em quantidades cada vez maiores. O consumo abusivo

provoca dependência nas esferas física e psíquica, ao passo que para saciar o desejo o usuário é capaz de realizar pequenos delitos em troca de dinheiro para consumir a droga.

Familiares deste estudo relataram situações diversas de desacordo no sistema familiar e prejuízos financeiros em detrimento à manutenção do vício pelo dependente químico.

Quando ele *tava* usando era muito difícil, ele fazia muita coisa errada, não sabia nem quem era ele nem a família, tirava as coisas de casa, destruiu tudo! *pra melhor dizer* ele só deixou na minha casa o que ele não pôde levar: mesa, cama, guarda roupas, essas coisas grandes, geladeira, fogão... mas o resto, bujão, DVD, TV, joias, celular, roupas, roupa de cama, louça, tudo que tinha dentro de casa ele levou, não deixou nada [...] a perda daqueles bens era uma forma de afundar ele ainda mais nas drogas (Persistência – Mãe).

O que se percebe a partir do relato é a condição de desconhecimento do usuário, ou seja, em função da droga ele desconhece a si e a seus familiares, isto ocorre devido à inversão de valores por causa da importância que a droga agora exerce sobre sua vida. O desejo de consumi-la, manter o vício e pagar as dívidas com o tráfico é tão grande que os usuários estabelecem relação de preferência às drogas e passam a se desfazer de todo tipo de bem material que a família conquistou para obtê-las.

Um dos parentes visualiza a perda dos bens com pesar, relacionando-o com a possibilidade de envolvimento ainda maior do usuário com as drogas e com o tráfico, o que se percebe a partir de expressões como: “*a perda daqueles bens era uma forma de afundar ele ainda mais nas drogas*”. É comum expressões de tristeza ao perceber que bens que foram obtidos por intermédio de muito trabalho são desprezados com frequência e facilidade em função da dependência química.

Ele é desses que se desfaz de tudo, é preciso eu estar escondendo, roupa, calçado, porque ele vende, a primeira coisa que ele entrega é o celular [...] Quando não tem mais nada pra vender ele começa a comprar *fiado* [...] Antigamente, até as coisas de casa ele pegava, hoje em dia ele só pega o que é dele (Paciência – Mãe).

Cada entrar dele no quarto e demorar lá dentro é um sofrimento pra mim, um desafio muito grande porque eu já sei o que pode acontecer. Muitas vezes ele já vinha saindo com as coisas dele dentro de uma sacola *pra* dar fim, se desfazendo de tudo, de todos os bens. Eu já precisei pegar as coisas e deixar na casa de outras pessoas, porque ele levou as roupas melhores que tinha, perfume, enxaguante bucal, tudo, tudo isso ele deu fim (Fé – Mãe).

O dependente químico inicia uma escala de comportamentos autodestrutivos e destrutivos das relações familiares e interpessoais que evolui gradativamente em detrimento à necessidade de obtenção da droga. Algumas atitudes são geradoras de bastante conflito no

sistema familiar, uma delas é venda dos bens, primeiro os seus, depois os da família, o que acarreta insegurança nos demais membros. Sequencialmente o dependente pode passar a roubar e a cometer crimes⁶⁵.

As ações de cometer pequenos delitos são mais comuns entre os usuários de *crack*, a capacidade da droga em tornar o usuário dependente evolui de forma gradativa e rápida, principalmente devido à intensidade do prazer proporcionado, bem como fugacidade do momento de êxtase, tais sujeitos passam a viver em função do consumo e, para manutenção do vício e obtenção da pedra, iniciam sua trajetória de descontentamento junto à família com a venda dos bens, encaminhando-se para o furto, assalto e violência¹⁰².

Além de estar exposto à atração pelo tráfico de drogas, no papel de usuário, o sujeito passa a submeter-se às regras impostas pelo traficante em prol da manutenção da dependência e o desejo pelo consumo exige maior investimento monetário¹⁰⁶. Na trajetória de privação imposta pela família e pela ilegalidade das substâncias, o usuário atribui valor moral e afetivo reforçado para a substância, tornando-se as ações de privação propulsoras do desejo de consumir¹⁰⁷.

Outro dano importante diz respeito a uma consequência social causada pela drogadição: o desemprego. O dependente químico não consegue se manter por muito tempo vinculado à atividades laborais, todas as suas ações se voltam para obtenção e consumo de substâncias, como consequência, qualquer valor monetário recebido pelo usuário em detrimento de um exercício remunerado é destinado à compra de drogas.

Quando ele *tá* bom a gente fica alegre, achando que ele vai trabalhar... hoje ele não tem uma calça boa, um tênis, um celular, ter tem, mas *dá fim* a tudo né? A gente pensa que vai ficar bem, fica *animado*, tentando ajudar, mas vai e recai, usa de novo e vende todas as coisas de novo (Compaixão – Pai).

Retomando as observações feitas no que se refere ao esgotamento financeiro, ressalta-se que o usuário, pela condição crônica da dependência química, além do desejo incontrolável de consumir as drogas, ultrapassa a barreira moral e social, envolvendo-se, por vezes, com a criminalidade para manutenção do vício.

Da outra vez que ele veio para *cá* ele roubava e dessa vez eu enfrentei meu filho, ele não queria ele de jeito nenhum dentro da minha casa [...] Quando ele morava aqui em Campina Grande ele roubava para usar e meus filhos ficaram revoltados (Coragem – Prima).

Pra você ver o ponto que ele chegou, roubou o celular de uma mulher gestante, pegaram ele, ainda passou uns cinco meses preso. Pode ate ter feito mais, mas eu não sei... o pai é o ultimo que sabe, *né?* (Compaixão – Pai).

Ele foi pego roubando no supermercado e isso me causou um sofrimento muito grande. Eu já estava esperando, já tinha traficante na minha porta atrás de dinheiro e eu sabia que alguma coisa errada ele estava fazendo, então ele chegou a roubar *pra* usar a droga, *pra* usar *o crack* [...] (Fé – Mãe).

Com o passar do tempo e o agravamento da situação de dependência, é possível observar o aumento nos níveis de sofrimento, sentimentos de sobrecarga, derrota e impotência dos familiares. O usuário por diversas vezes encontra-se mais ligado e envolvido emocionalmente com o subsistema da droga do que com a própria família, piorando o estado de desordem no sistema familiar, contribuindo para a perpetuação da degradação dos vínculos afetivos.

Isso ocorre, devido ao avanço no grau de comprometimento provocado pela dependência química. Os usuários passam por severas inversões nas escalas de motivação e afeto transformando a droga em foco principal de sua vida. A urgência em consumir a droga, o desejo de sentir o prazer proporcionado por ela, provocam modificações quanto aos valores que antes regiam sua vida, possibilitando a realização de atividades que colocam em risco sua integridade físico-moral⁹⁷.

O estudo de Zanatta, Garghetti e Lucca²⁶ trouxe a perspectiva dos danos financeiros a partir do envolvimento com a criminalidade na visão do próprio usuário. Os participantes relataram várias situações de perda em detrimento do abuso de substâncias, tais como: perda de emprego e de bens materiais, além do afastamento da família e rompimento dos vínculos. Algumas vertentes pontuam que o envolvimento com a criminalidade depende da índole, do caráter, da moral e da ética do sujeito, mas, por outro lado, acredita-se que a fissura pela droga é capaz de tornar o sujeito apto a furtar, roubar e a cometer diversos tipos de atividades infracionais para consumir a droga¹⁰⁸.

4.2 Agrupamento II: Uma luz no fim do túnel: a esperança de dias melhores.

O sistema doméstico encontra-se desgastado, devido à dependência química e aos diversos desafios enfrentados pelos familiares no dia a dia do processo de cuidar do dependente. Entende-se que o interesse dos cuidadores em se manterem firmes nas propostas de tratamento pode estar ligado à esperança de dias melhores, à possibilidade de êxito do tratamento, à reestruturação emocional, afetiva/organizacional do sistema familiar e à chance

de reabilitação/reinserção social que possibilita a (re)construção da dignidade, bem como do exercício da cidadania do usuário de álcool e outras drogas.

Os familiares envolvidos no processo são chamados à necessidade de aprender a desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento que os possibilitem a proximidade com relação ao usuário no intuito de reestabelecerem os vínculos de confiabilidade. Para isso, diante da carga emocional e física enfrentada pelos parentes surge como alternativa a construção de redes de apoio e solidariedade que auxiliam o familiar a reagir, compreendendo de forma mais adequada os aspectos intrínsecos e polissêmicos que permeiam o envolvimento com a drogadição considerando as demandas oriundas dessa condição.

Neste agrupamento serão abordados os seguintes temas: **4.2.1 Estratégias de enfrentamento.** *4.2.1.1 Dialogar sem criticar, aprender a dar mais amor e confiança.* *4.2.1.2 Fé e contato com o divino.* **4.2.2 Mãos que constroem juntas: a busca por ajuda e a formação de redes de apoio.** *4.2.2.1 Participação em Grupos de apoio e autoajuda* *4.2.2.2 Acolhimento no CAPS e demais serviços especializados.* **4.2.3 Rede de saúde no cuidado à dependência química: aliada ou (des)aliada?**

4.2.1 Estratégias de enfrentamento

A dependência química se comporta como fator causador de desordem no padrão relacional do sistema familiar e, por ocasionar mudança de comportamento e padrão de vida do membro adicto, é possível assinalar consequências que prejudicam o sistema como um todo, representando desequilíbrio. Para que a homeostase do sistema seja reestabelecida a partir do esforço dos parentes, exige-se a criação de estratégias de enfrentamento frente ao reconhecimento da condição de cronicidade da dependência química, além da necessidade de acompanhamento especializado devido à multiplicidade de fatores que envolvem a drogadição.

De várias maneiras, é relevante reconhecer que a vivência dos familiares produz experiências de vida baseadas na dor, no sofrimento e na superação das adversidades e, para que a superação de fato ocorra, os membros do sistema desenvolvem cotidianamente um arsenal de “microestratégias” para enfrentamento da dependência química, seja por ações de restauração de vínculos por intermédio da comunicação saudável, seja pela afirmação da solidariedade e da corresponsabilidade do tratamento. Na maioria dos casos, a esperança na recuperação move as famílias²⁸.

4.2.1.1 *Dialogar sem criticar, aprender a dar mais amor e confiança.*

Em geral, os familiares cuidadores acompanham o dependente durante todo o processo de tratamento, mesmo demonstrando sinais de estafa e exaustão. Para não desistir da busca quanto ao reestabelecimento dos vínculos afetivos, os cuidadores desenvolvem estratégias de enfrentamento que possibilitam a manutenção e a restauração do diálogo, desta vez de forma sadia, segura, afetiva e confiável.

Já se sabe que a falta de diálogo, de limites e regras no âmbito familiar muitas vezes implicam no desenvolvimento de condutas autodestrutivas, a exemplo do abuso de álcool e outras drogas. Assim, no intuito de reverter as limitações impostas pelo rompimento dos vínculos afetivos em detrimento do abuso de substâncias, os membros do sistema buscam ressignificar a relação com a dor e o sofrimento, aprendendo, a partir das suas vivências, a construção de formas de comunicação mais saudáveis.

Eu converso muito com ele, minha filha que é a ex-esposa também conversa, digo que isso é dar mau exemplo aos filhos. Hoje em dia eu confio nele, ele sai *pra* trabalhar, volta pra casa sem nenhum problema, se encontrar alguém na rua chamando *pra* beber ou *pra* usar ele diz que parou, que *tá* fazendo tratamento. Dou muito conselho, sempre digo que na minha casa não falta nada nem *pra* ele nem *pra* os filhos (Coragem – Prima).

[...] tem que conversar com ele com aquela calma, aquele jeito bem lento, com paciência, com amor, porque se não tiver calma, já sabendo que ele tem essa doença você for bater de frente com ele, desprezando, com ignorância, mal tratando é pior. Eu sempre digo a ele, ele tem muita gente que gosta dele, muita gente envolvida ajudando então quando vier a vontade de sair, de usar a droga ele não pode silenciar, tem que conversar comigo, com um amigo, alguém que ele se sinta bem, mas se silenciar, a vontade fica corroendo (Fé – Mãe).

É possível reconhecer através dos discursos, atitudes de negociação por parte dos familiares em tentar comover o usuário sobre os danos causados pela dependência química, tais como: a contribuição negativa para o desenvolvimento psicossocial dos filhos, a necessidade de trabalhar e manter a renda da família etc. O diálogo saudável, sem críticas, permite o reconhecimento do usuário sobre o lugar seguro que é o seio familiar e a rede de relações, muitas pessoas estão diretamente ligadas a ele em prol do reestabelecimento dos subsistemas degradados pela droga, dessa forma, o usuário precisa ter convicção dessa seguridade no enfrentamento da dependência química.

Eu converso com ele, peço, imploro, mostro a ele que não posso me estressar, que preciso trabalhar e tenho dia certo para entregar a mercadoria, que se ele ficar assim eu não trabalho direito (Força – Esposa).

Sabe-se, que nem todos os membros do sistema doméstico se engajam no tratamento, e tampouco se responsabilizam pelo processo de cuidar do dependente químico, o que de fato dificulta bastante a reorganização do sistema, a restauração dos vínculos para o êxito do tratamento pautado no paradigma psicossocial⁸¹. O fato de não envolver-se no cuidado pode traduzir-se pelo cansaço, desesperança e frustração, como também pela possibilidade já haver fragilidade dos laços antes mesmo do envolvimento do membro com a drogadição. No entanto, para que ocorra envolvimento sadio da família no cuidado, a inserção ativa nas propostas terapêuticas apresenta-se como importante aliado. A partir do envolvimento nas ações educativas e construtivas propostas pelos serviços de saúde é que os familiares podem aprender novas estratégias, novas formas de cuidar sem reprimir.

O estudo de Brusamarello et al.,¹⁰⁹ investigou estratégias desenvolvidas pelos familiares com objetivo de prevenir o envolvimento dos filhos e demais membros do sistema com o consumo de substâncias, dentre as alternativas mais citadas encontra-se o diálogo, o respeito, a compreensão e a vigilância constante. Enfatiza-se a importâncias de que as relações familiares sejam pautadas nos princípios do diálogo seguro para a construção de uma relação de confiança, aproximação e segurança. Acredita-se, portanto, que mesmo depois de instalado o quadro de dependência química o núcleo familiar pode buscar desenvolver as relações nesta mesma vertente.

Usuário e familiares precisam estar buscando os mesmos objetivos, a reabilitação psicossocial, a inserção comunitária e o reestabelecimento do sistema familiar, para isso, é necessária a construção de redes com atores sociais conscientes de seus papéis, sintonizados nas ações. O diálogo, o afeto, os esclarecimentos e a manutenção do ambiente harmonioso, (re)constrói relações pautadas no respeito, na confiança e no cultivo à cultura de paz no ambiente doméstico. A partir desses reestabelecimentos, as ações desenvolvidas em conjunto tornam-se muito mais efetivas.

É sabido que o caminho percorrido por familiares e dependentes químicos durante o tratamento é longo e tortuoso, sendo expressas, principalmente pelos familiares cuidadores, manifestações de insatisfação, incompreensão e instabilidade emocional. Neste ínterim, é fato que a dependência química tem capacidade de transformar o cotidiano das pessoas através da exaltação dos aspectos negativos da vida em comunidade. No entanto, o que chama atenção, são os familiares que, mesmo cansados e desacreditados, conseguem apreender lições significativas a partir do sofrimento e da dor.

Tô aqui pra vencer e ajudar outra pessoa que ainda não tenha essa experiência. Tem muitas que não querem aceitar, mas a gente que é mãe a gente tem que lutar até o fim [...] Foi aqui que eu soube o que é o amor, que a gente não pode só ter amor pelos filhos bons, esse é o que a gente mais deve dar amor (Dedicação – Mãe).

[...] acho que minha estratégia é tratar com mais amor, carinho, conversa e sem agressividade, e isso que funcionou (Persistência – Mãe).

Os depoimentos de Dedicação e Persistência demonstram experiências de superação para a transformação em ações de apoio, carinho e cuidado. Os familiares quando estão empoderados, seja devido às ações educativas propostas pelos serviços, seja pela fé, ressignificam as vivências, aceitam a condição de cronicidade da dependência química até que as consequências negativas impostas por esta condição tornam-se irrelevantes diante do reestabelecimento da paz, felicidade e estabilidade financeira, emocional e física.

Ainda sobre os discursos de Dedicação e Persistência, infere-se que as duas mães aprenderam que o filho dependente químico revela a necessidade de amor por vezes muito maior que a dos demais filhos. Por um lado, acredita-se que o amor traz de volta à paz, a confiança, a harmonia e possibilita a compreensão da necessidade de construir redes de solidariedade na tentativa de ajudar outras mães e demais familiares, que ainda não alcançaram um estado tão elevado de compreensão das relações humanas.

A sociedade, por vezes, exige da mulher/mãe o desenvolvimento e exercício do papel de amor altruísta, e, esta perspectiva provou reflexão sobre o sentimento dos demais membros do sistema familiar e subsistemas relacionais domésticos, principalmente os irmãos, sobre essa capacidade de compreender a ação de *dar mais amor ao filho dependente*. Frequentemente não é possível saber se os demais integrantes do lar também estão sendo trabalhados e inseridos em ações de educação e cuidado nos serviços de apoio para atuar como aliado na vivência da recuperação do parente adicto.

Por outro lado, mesmo reconhecendo a condição de cronicidade imposta pela dependência química, além da necessidade de formulação de estratégias que possibilitem o enfrentamento da drogadição de forma mais eficaz, alguns familiares, na ânsia em alcançar a reabilitação do adicto, optam por construir exemplos dentro do ambiente doméstico, tais como: o familiar evita beber e ter bebida disponível, assim como evita frequentar ambientes que despertem o interesse no consumo etc., na compreensão de que esta atitude reflete proteção ao usuário.

Eu era uma pessoa que vivia muito nas farras, vivia em festa, nunca bebi mas vivia em festa, então *quando foi* na segunda internação dele eu peguei na mão de Deus e fiz um

juramento a Ele, pedi que se Ele me desse minha família de volta e a cura do meu filho, a partir desse momento eu ia abandonar o que eu pudesse do mundo. E realmente abandonei, festas, músicas do mundo, abandonei muitas coisas que hoje considero erradas, e Deus me deu a vitória, me considero vitoriosa, meu filho *tá* bem e *tá* dizendo que nunca mais vai usar drogas, e eu acredito, primeiramente em Deus e depois nele (Persistência – Mãe).

Muita coisa a gente tem que evitar sabe? Eu nunca fui de beber, mas de vez em quando tomava cerveja então eu optei por hoje em dia não tomar mais, justamente *pra* ajudar ele [...] Lá em casa todo mundo tem que fazer por onde não ter essas coisas, meu irmão bebe, mas dentro de casa a gente não quer [...] uma amiga da minha mãe *tá pra* chegar e eu tô pedindo força a Deus para me ajudar a conversar com ela e pedir que dentro de casa ela não beba [...] Então são coisas que a *gente*, o familiar, faz buscando não atingir ele, não prejudicar o tratamento, *pra* ele não ficar em tentação (Fé – Mãe).

Tais atitudes, desenvolvidas pelos familiares, envolvem valores, cultura e fé, e por vezes, os mesmos evitam a aproximação com algumas posturas de vida por compreenderem que podem representar o “despertar” da vontade de consumir para usuário. As pessoas abrem mão de satisfações pessoais em detrimento do bem estar do outro.

Mesmo considerando que o consumo de substâncias psicoativas no ambiente doméstico pode ser percebido como fator de risco para o desenvolvimento do comportamento adicto nos demais membros¹¹⁰, compreende-se que, após instalada a situação de dependência, o usuário precisa ter conhecimento de sua condição e aceitá-la, para, a partir das ações de tratamento desenvolvidas nos serviços de saúde com participação efetiva dos familiares, empoderar-se no que diz respeito aos fatores de risco para recaída. É imprescindível que se construa, por meio de um trabalho dinâmico, o poder de decisão do usuário, voltado para a manutenção do foco no tratamento, na melhoria da qualidade de vida e no reestabelecimento dos laços afetivos, para que se consiga recusar de forma firme e consciente qualquer proposta de consumo.

Nenhum familiar cuidador envolvido na pesquisa relatou história pregressa de consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Foram relatados hábitos de beber socialmente que foram ceifados em detrimento do desejo de se comportar como fator de proteção ao usuário, influenciando o sucesso do tratamento. No entanto, embora se compreenda que os membros do sistema desenvolvem tal postura com a intenção de promover benefícios para o usuário, visualiza-se, em contrapartida, o risco desta estratégia. Considera-se que pode ocorrer um fenômeno em que o usuário troca uma dependência pela outra, ou seja, na luta contra a dependência, cercado por atitudes superprotetoras, o membro adicto pode passar a depender da mãe, dos cuidados e/ou dos serviços de saúde. Na trajetória de tratamento o usuário irá se deparar com membros que compõem o subsistema da droga e oportunidades de consumi-la,

nestes momentos os familiares podem não estar presentes fisicamente, exigindo do dependente a criação de estratégias que o possibilite recusar o uso.

A seguir, será exposta a discussão referente aos principais aspectos relacionados ao exercício da fé e da religiosidade para a manutenção do foco nas ações de reestruturação do sistema familiar.

4.2.1.2 Fé e contato com o Divino

O diálogo estabelecido com os familiares cuidadores apontou para fé e a espiritualidade como estratégias de enfrentamento que os mantêm fortes e seguros frente à complexidade das vivências que envolvem a drogadição. As manifestações de fé são culturais, pois auxiliam na regulação das relações comunitárias há séculos.

O povo brasileiro, especificamente, é marcadamente religioso e tal prática provoca alteração / adaptação de suas práticas cotidianas em função das múltiplas formas de expressão da fé. Este fato se constitui como parte fundamental da cultura e das construções sócio-ideológicas de uma parcela significativa da população brasileira¹¹¹. Os familiares deste estudo revelam a fé e a religiosidade como estratégias de enfrentamento, ligadas diretamente com a possibilidade de manutenção da esperança em alcançar a superação dos obstáculos impostos pela dependência química, contando ainda com o alívio do sofrimento pessoal pelo conforto que a crença em um Deus promove, na certeza de dias melhores¹¹².

Eu busco força em Deus, minha religiosidade pessoal. Sempre que posso vou à igreja [...] na fase que ele atingiu o auge da loucura, chegou ao ponto de eu me ajoelhar e implorar a Deus e a Mãe Santíssima e pedir aquela ajuda com fé, porque eu procurava ao redor e não encontrava [...] meus filhos e minha irmã me ajudaram muito, mas também encontrei muita força em Deus, acho que se não fosse Ele eu não iria suportar tanta coisa (Força – Esposa).

O discurso exposto revela a força que a fé e a religiosidade têm na vida de um familiar cuidador de dependentes químicos. Frente à rotina de sacrifícios, momentos de desespero, angústia e dor, encontra-se a alternativa de clamar a um Deus, pedindo a ajuda necessária para a busca da reabilitação do membro adicto, bem como a reorganização do sistema familiar.

A vivência de ciclos que oscilam entre a frustração, a esperança e a persistência no recomeço exige um trabalho rigoroso de fortalecimento emocional. Nesta perspectiva, assim como na atuação enquanto estratégia de apoio seguro e estável na manutenção do tratamento, a fé e a religiosidade oferecem recursos sociais que facilitam a promoção de atitudes de

reestruturação para os membros envolvidos no processo de cuidar no que concerne, principalmente, à construção de novas redes de apoio e socialização¹¹³.

Os preceitos, práticas e costumes inerentes ao exercício da religiosidade, atuam como influência positiva na manutenção dos laços que unem os familiares na luta contra a dependência química. Em alguns casos é possível perceber o abandono e a rejeição de muitos familiares, enquanto apenas um abarca toda a responsabilidade do sistema, nestes casos, as manifestações de fé se fazem ainda mais fortes por proporcionar conforto e segurança espiritual.

Eu já pensei em desistir dele, pior que já. Não desisti porque eu acredito na força *de cima*, do Pai, eu sempre peço ajuda. – Senhor me ajuda, me mostra como eu devo lutar, o que eu devo fazer, como eu devo agir com ele. *Ai* eu sempre peço ajuda *ai* vem aquela força e eu começo tudo de novo (Paciência – Mãe).

O exercício da fé torna a pessoa que a pratica dotada de especificidades comportamentais que a fortalece nas ligações de amor e confiabilidade. As crenças religiosas promovem, em muitos casos, a melhoria do estado mental e da qualidade de vida dos familiares por auxiliar no processo de enfrentamento das situações de adversidade, medo e sofrimento, provocadoras de estresse de forma mais equilibrada¹¹⁴. O discurso aponta para a segurança na força provida por um Deus e, nos momentos em que o desgaste atinge níveis bastante elevados, na visão de Paciência, a fé representa o pilar necessário para não desistir.

O sofrimento exposto, causado pelo processo de adoecer e depender de substâncias psicoativas, pode levar o usuário e os familiares cuidadores a buscarem alternativas de alívio da dor por meio da fé e da esperança. O sentimento de pertencimento que a fé e a presença em instituições religiosas fornecem ajudam a família no enfrentamento da drogadição, possibilitando minimizar os transtornos, por meio da oração, da meditação e do contato com o Sagrado¹¹⁵.

Sabendo que a espiritualidade compreende a dimensão individual, a relação do sujeito com o Sagrado, suas crenças e relações com a fé, a religiosidade contempla as múltiplas conexões comunitárias, expressas por meio de rituais. A prática religiosa tem se tornado particularmente significativa entre as populações mais vulneráveis, a exemplo dos dependentes químicos e seus familiares. Tal prática pode provocar benefícios de cunho físico e psíquico, produzindo efeitos benéficos na manutenção da saúde mental, influenciando diretamente como fator de proteção, reduzindo taxas de ansiedade e depressão, além de melhorar o bem estar¹¹⁶.

“A condição espiritual é, no ser humano, uma forma integradora e unitária, na qual todas as potencialidades podem ser desenvolvidas, sem que para isto a espiritualidade tenha *status* de superioridade”^{117:1258}. Os indivíduos dotados de espiritualidade fortalecida, apresentam em sua maioria ganhos importantes nas condições de vida e de saúde, sendo a fé, para eles, um aspecto determinante na vida humana. Tal aspecto indica a possibilidade de criação de mecanismos de defesa necessários para manutenção da saúde mental e qualidade de vida, ao obter êxito nas estratégias criadas para superação das dores¹¹⁸.

Logo, a fé pode ser compreendida como uma força vital para a manutenção da vida em diferentes dimensões, constituindo-se como aparato essencial para o acompanhamento do tratamento da drogadição, principalmente pelo seu poder agregador e dinamizador das relações humanas¹¹⁷. A fé, portanto, atua como fonte segura de conforto, alívio e esperança, independente da religiosidade, sendo capaz de subsidiar a criação efetiva de mecanismos de enfrentamento que potencializam os fatores de proteção da saúde mental dos indivíduos envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos.

Eu busco a Deus em primeiro lugar para que tenha força para ajudar ele porque tem hora que *dá* vontade da gente jogar tudo *pro* alto e não ajudar mais, sair correndo [...] Confiando em Deus e sempre levando tudo com delicadeza, sem *tá* me alterando [...] Buscar Deus que é ele que me dar força, a tribulação a gente tem e ele que dá o conforto. Na última, a minha vontade foi de sair correndo sem saber o que fazer, com vontade de desistir, pedindo ajuda e força a Deus, é Ele que me dá tranquilidade e calma. A espera é em Deus e tem que descansar nos braços D’Ele (Fé – Mãe).

Por outro lado, Giddens^{119:29} aponta que “a confiança, em suma, é uma forma de fé na qual a segurança adquirida em resultados prováveis expressa mais um compromisso com algo do que apenas uma compreensão cognitiva”, interpreta-se, a construção da fé como exercício pautado na ausência de informação, baseado unicamente na confiança. No caso dos familiares de dependentes químicos, a fé passa a ocupar lugar de destaque no cotidiano, ao passo que se concretizam o descrédito e a falta de confiança nos Poderes Públicos (instituições e políticas de assistência) como ferramentas de enfrentamento à problemática da drogadição.

O familiar assume um compromisso com um Deus, e ancora-se no abstrato por confiar que só o poder de um Deus é capaz de ajudá-lo a resolver os seus problemas, transformando as situações adversas. Tal postura pode, em alguns casos, desenvolver ações de comodismo e fatalismo, em que os membros domésticos e o dependente, esperam o “milagre da cura”, eximindo-se da responsabilidade de atuarem como agentes de transformação.

4.2.2 Mãos que constroem juntas: a busca por ajuda e a formação de redes de apoio

A mudança paradigmática vivenciada pelo setor saúde nas últimas décadas contribuiu substancialmente com o desenvolvimento do campo da saúde mental. O rompimento com o modelo biomédico e hospitalocêntrico de atenção deu lugar a novas propostas de trabalho pautadas em ações de cunho territorial, com objetivo de promover inclusão social, familiar e comunitária, além de buscar a reabilitação psicossocial, o resgate do exercício pleno dos direitos e da autonomia para portadores de transtorno mental, inclusive àqueles decorrentes do uso abusivo e dependência de substâncias.

Para a consolidação das ações de cuidado desenvolvidas por familiares, profissionais da saúde e da assistência social em prol da reabilitação psicossocial, inserção familiar, resgate da autoestima e sentimento de pertença social, realizadas junto ao público dependente químico, compreende-se como necessário o estabelecimento de redes de apoio que possam atuar tanto no processo de tratamento quanto no pós-alta dos serviços de saúde a fim de promover suporte social e emocional, buscando a construção/consolidação de vínculos afetivos saudáveis, representados por atitudes de solidariedade.

A rede formal de apoio que constitui a atenção à saúde mental no âmbito do SUS é formada por serviços como CAPS, Residências Terapêuticas, Ambulatórios de Saúde Mental, Leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de convivência e Cultura, bem como Serviços hospitalares de referência para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Todos estes serviços são regulados por portarias específicas que visam o atendimento de qualidade, além da relação de apoio matricial fornecida pela atenção básica em saúde como responsável pelo acompanhamento de pessoas acometidas por transtornos mentais leves e decorrentes do uso abusivo de substâncias^{120,25}.

Além da rede SUS, é possível encontrar apoio para enfrentamento da dependência química no sistema informal e em instituições não governamentais de cunho assistencial denominados de Comunidades Terapêuticas, características pelo desenvolvimento de tratamentos de base comunitária, com foco na mudança de comportamento que possibilite a integração do sujeito à comunidade^{21,29}. Contam-se também com ações de cuidado desenvolvidas em grupo, com foco educativo, promotor de estratégias de enfrentamento da dependência química para familiares e usuários, os conhecidos grupos de apoio e/ou autoajuda, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (AA); Amor Exigente; Narcóticos Anônimos, entre outros¹²¹.

A rede de apoio informal também conta com a rede de solidariedade que se constitui de um conjunto de vínculos relacionados ao indivíduo, a exemplo: familiares, amigos,

comunidade e profissionais de saúde, que apresentam significativa importância para a vivência da dependência química e a construção da identidade sadia do usuário, além da manutenção dos laços que fortaleçam a superação dos momentos de crise durante o tratamento¹⁷.

Como já foi visto anteriormente, lidar com a dependência química é uma tarefa árdua e bastante complexa. Sabendo-se disso, buscou-se, junto aos familiares, identificar os tipos de apoio que eles utilizam /utilizaram para minimizar o sofrimento, compartilhando a sobrecarga do trabalho cotidiano. Dentre as muitas opções de serviços e estratégias que podem compor a rede de apoio dos usuários e familiares, os que compuseram a amostra deste estudo optaram ou foram acolhidos nos serviços descritos abaixo.

4.2.2.1 Participação em Grupos de apoio e autoajuda

O familiar deve ser visto, tratado e incluído como ícone de valor nas propostas de tratamento para dependentes químicos, principalmente pela necessidade de reestruturação da dinâmica familiar como chave para o processo de recuperação do usuário e permanência nos serviços de tratamento. No entanto, ao fazer uma releitura das vivências experimentadas pelos familiares no processo de cuidar de dependentes químicos, entende-se que a formação de redes de solidariedade e a participação de grupos de apoio podem contribuir para a redução dos aspectos negativos impostos pela dependência.

A participação em grupos de autoajuda e ajuda mútua representa uma alternativa de trabalho pautada no desenvolvimento de ações em prol da orientação e sensibilização dos familiares para adoção de posturas que proporcionem a melhoria da qualidade das relações afetivas. Grande parte dos familiares costuma procurar as equipes de saúde com demandas emocionais relacionadas a sentimentos de dúvida por não conhecer as melhores formas de lidar com as dificuldades do tratamento, recaídas, agressividades e desistências, em busca também de conhecer condutas que podem ser adotadas para auxiliar no tratamento e abandonar posturas negativas de culpa, medo, mágoa e rejeição¹²².

O diferencial dos grupos de apoio é a possibilidade de compartilhamento de experiências entre pessoas que dividem histórias de vida semelhantes, favorecendo a compreensão da importância da rede de apoio, por meio do sentimento de pertença social. A capacidade de inclusão proporcionada pelo grupo faz com que os participantes sintam-se apoiados, acreditados e confiantes na superação dos obstáculos¹²³.

Participo do grupo de famílias daqui do CAPS. Quando comecei a participar das reuniões as outras mães que iam contar o sofrimento maior do que o meu aquilo ali já me preenchia, minhas companheiras em desespero, em sofrimento [...] Tudo o que eu precisava, na hora da minha maior aflição eu encontrei aqui no CAPS. Também faço parte do grupo da igreja, todo mundo sempre esteve unido por ele em oração, me ajudaram muito, nunca me abandonaram (Dedicação – Mãe).

Posso dizer que conto muito com a ajuda dos grupos que eu participo, aqui no CAPS tem mais de 3 anos que eu frequento [...] até consulta com psicólogo eu fazia aqui. Participo do Amor Exigente toda terça feira e tem os grupos que eles participam, o AA e o al-anon que vem aqui [...] tudo isso ajuda a gente [...] sem a ajuda de Deus e sem ajuda dos grupos você não a lugar nenhum. É uma forma da gente evoluir (Persistência – Mãe).

A participação dos familiares em grupos de apoio advém da necessidade de trabalhar a inabilidade de conviver com a dependência química, compreender as múltiplas circunstâncias da dor a que estão expostos e partilhar estratégias de enfrentamento ao constatar vivências de sofrimento comuns entre os membros que participam do grupo.

Os grupos reúnem experiências de profissionais, usuários e familiares e trabalham na perspectiva de unir saberes populares – adquiridos a partir das histórias de superação – e técnicos, no intuito de construir redes solidárias que ajudem a reestabelecer os laços afetivos e reordenar o funcionamento familiar na medida em que familiares e usuário aprendem novos hábitos de vida e posturas que possibilitem o retorno seguro à vida em comunidade.

Frente à percepção do uso de drogas por seu familiar, a família passa a conviver com esta realidade e sofre por não saber lidar com os problemas ocasionados pela drogadição. Percebe-se que, muitas vezes, participa da atividade grupal por se sentir desamparada, acreditando que, assim, será ajudada a compreender o que é a dependência química e a manejar com o familiar dependente^{124:104}.

Dentre as estratégias de apoio desenvolvidas nos serviços de saúde, as atividades grupais recebem destaque, apresenta-se como instrumento de intervenção integrante da rede de suporte emocional que leva em consideração as potencialidades dos indivíduos, exaltando-as, além de contribuir para o desenvolvimento de novos vínculos de amizade entre pessoas que partilham as mesmas experiências⁸⁵.

O estudo de Matos, Pinto e Jorge¹²², trabalhou na perspectiva de investigação a respeito da percepção de familiares sobre a importância dos grupos de apoio no tratamento da dependência química. Seus achados expõem que as maiores expectativas dos familiares em inserirem-se neste tipo de atividade seriam: compreender a dependência química, aceitá-la e traçar estratégias eficazes de enfrentamento que possibilitassem a ajuda necessária aos usuários nos momentos de instabilidade, recaída e crise.

Eu participo do Amor Exigente, do grupo de famílias aqui do CAPS e também estava frequentando os Narcóticos Anônimos [...] Mas eu procuro muito, todo tipo de alternativa para que eu possa me preparar [...] eu preciso estar preparada para enfrentar o problema e mesmo assim a gente às vezes não tá, faz e diz coisas que não é pra dizer, imagine quem não participa desses grupos (Fé – Mãe).

O amor exigente me ajudou muito, sou cadastrada na Federal Brasileira de Amor Exigente, lá é o seguinte, não admite nenhuma dependência, ele tem que aprender tudo de novo, porque na droga eles não ligam pra nada, uns ficam sujos, uns não se alimentam bem e outros não sabem nem se servir [...] tudo isso o amor exigente vai ensinando passo a passo novamente, vai integrando eles no ambiente familiar e como ele conviver com a nova vida porque quando ele sai da droga ele sai um lixo, com todos os maus costumes (Esperança – Mãe).

Atividades de cunho educativo e de suporte emocional podem ser desenvolvidas em diferentes âmbitos, escolas, igrejas, serviços de saúde, representando alternativas de prevenção para a iniciação ao uso de substâncias, bem como para prevenção à recaídas e agravos mais importantes para pessoas já envolvidas com a drogadição. A participação nos grupos de acompanhamento muda a percepção dos familiares de que os mesmos “lutam sozinhos” ou mesmo a de que “seus sofrimentos extrapolam a compreensão humana da dor”, diminuindo, assim, o sentimento de exclusão e solidão.

A tecnologia de trabalho em grupo é reconhecida e amplamente aceita por caracterizar-se como recurso que auxilia os participantes a aliviarem sentimentos de solidão, isolamento social e frustração a partir da troca de experiências e escuta atenta entre os membros. A dinâmica de funcionamento do grupo favorece a oferta de apoio emocional, a troca de informações importantes para o sucesso do tratamento e desmistificação dos aspectos relacionados ao acometimento, seja físico ou psíquico¹²⁵.

Esse tipo de atividade grupal voltada para o suporte emocional, desenvolvida nos serviços de saúde, em especial no CAPS ad, se apresentam como metodologias assistenciais utilizadas por profissionais com objetivo terapêutico como ferramenta de cuidado destinada a usuários e familiares de forma a ajudá-los em momentos de ajustamento, mudança e crise, além de facilitar o aprendizado para o desenvolvimento de posturas pacientes, incentivando a compreensão e o estabelecimento do diálogo¹²⁴.

O estudo de Fontana et al.,⁶⁵ revela que familiares de usuários de álcool e outras drogas envolvidos no processo de cuidar demonstram cotidianamente sinais de estresse e convivem com a necessidade de elaborar estratégias de enfrentamento, os resultados apontaram para a utilização de recursos externos, a exemplo dos grupos de apoio.

Por meio da participação em conjuntos de apoio, os familiares sujeitos do estudo de Alvarez et al.,¹²⁴ referiram ter conseguido aprender ao longo das reuniões a buscar forças que possibilitaram o fortalecimento pessoal, ajudando-os a instrumentalizar um cuidado de qualidade, ausente de pressões, cobranças e desentendimentos. A associação de pessoas, por se apresentar como fonte de escuta e suporte emocional, imprime nos familiares o sentimento de acolhida, a liberdade de comunicação, a possibilidade de expressar a raiva, a tristeza, o desânimo por meio do choro, sem medo de julgamentos e preconceitos.

A família desenvolve papel central no tratamento do membro dependente químico e precisa além de ser considerada como parceira na busca pela reabilitação psicossocial, ser reconhecida como codependente, adoecida em decorrência das vivências traumáticas causadas pelo fenômeno da drogadição. Considera-la codependente, implica na necessidade de inseri-la em atividades de acompanhamento terapêutico, sendo os grupos de apoio importantes estratégias de suporte e cuidado aos familiares, apresentando-se como ferramenta para promoção da saúde com vistas à realização de ações educativas¹²⁴.

Os profissionais do setor saúde, inseridos em serviços de atenção à dependência química tem horizontes de atuação disponíveis para realização de intervenções efetivas a partir da articulação entre todos os serviços que compõem a rede (CAPS, ambulatórios, Centros de convivência; Estratégia Saúde da Família) e as demais organizações não governamentais que trabalham na perspectiva de desenvolvimento de grupos de autoajuda¹²⁶.

4.2.2.2 Acolhimento no CAPS e demais serviços especializados.

No enfrentamento da dependência química os familiares buscam apoio em vários serviços de saúde e entidades de cuidado, mas, o que se percebe é que o CAPS representa o ponto mais seguro para os membros envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos.

De fato, tal serviço apresenta-se como um dos maiores expoentes quanto ao tratamento a dependentes químicos e familiares, tem caráter estratégico na rede de cuidados e representa a consolidação da mudança paradigmática referente ao modelo de atenção em saúde mental. Dispõe de propostas de atendimento comunitário, acompanhamento clínico e psicoterápico que favorecem as ações reinserção social e reabilitação psicossocial, assim como busca o reestabelecimento dos laços afetivos rompidos pela dependência química entre o dependente e os membros do lar²⁵.

Acolher as famílias nos serviços de saúde mental, conseguir transformar suas relações de afeto com o usuário e torná-las agentes ativos no processo de tratamento do dependente químico representa uma significativa mudança das práticas terapêuticas¹²⁷.

Eu agradeço a Deus pelo CAPS existir porque é aqui que eu encontro força para saber lutar com ele, a gente lutar com um filho envolvido com álcool e crack não é fácil [...] a gente luta com amor (Dedicação – Mãe).

Em toda a minha trajetória de drogas com meu filho o primeiro apoio que eu encontrei foi aqui (no CAPS), foi aqui que eu encontrei força e me eduquei pra cuidar da dependência do meu filho, perceber que a violência não resolve nada (Persistência – Mãe).

Aqui eu tenho apoio, uma ajuda muito grande, a hora que chegar aqui a gente é bem atendido, não tenho o que reclamar, a cada momento que a gente liga eles dizem para vim, que tem disponibilidade, a gente nunca recebeu um “não” do CAPS. Eu gosto daqui, tem me ajudado muito, muita força, não tenho o que reclamar (Fé – mãe).

Os depoimentos dos familiares transparecem a credibilidade do CAPS revelada por meio de atitudes e expressões de gratidão pela existência do serviço, devido ao fato deste ter se configurado como o principal e mais relevante apoio recebido pelos familiares e usuários nos momentos marcados por aflição, medo, desordem e insegurança. Tais situações de conflito são facilmente reconhecidas pela comum procura por ajuda especializada apenas quando o convívio já tem se tornado insustentável no ambiente doméstico, muitas vezes devido a negação dos familiares e dos próprios usuários da condição de dependência química, atribuindo ainda mais significados valorativos ao CAPS.

De acordo com o Ministério da saúde, o CAPS ad deverá dispor de metas e planos de organização pautados em atividades terapêuticas e preventivas, que envolvem atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico e/ou de orientação), atendimentos em grupo (grupos operativos, atividades educativas e de suporte social) que facilitam a integração dos usuários acompanhados no serviço para formação de novos vínculos, além de desenvolver propostas de acompanhamento que abrangem oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e acompanhamento dos familiares cuidadores⁵.

Eu tô aprendendo muito aqui no CAPS, eu não sabia lidar com ele, brigava e xingava também, eu achei muita ajuda aqui no CAPS, aqui foi aonde eu encontrei, foi meu ponto de apoio. Eu sempre procuro uma coisa ou outra, mas termino sempre só no CAPS” (Paciência – Mãe).

Diante dos depoimentos e das possibilidades de ação desenvolvidas pelo CAPS que envolvem família e usuário, muitos participantes atribuem as mudanças de comportamento, a

capacidade de aceitação da dependência e o engajamento no tratamento ao suporte fornecido pelo CAPS. A pesquisa de Paula et al.,⁹⁸ apresenta de fato mudanças comportamentais do familiares com relação à condição do usuário somente após a participação efetiva nas atividades educativas e terapêuticas propostas pelo CAPS, garantindo a obtenção de visões diferenciadas, transcendendo da percepção pejorativa de mau caráter, vagabundo, sem amor próprio para a aceitação da cronicidade do acometimento, assim como a compreensão da necessidade de ajuda especializada.

A equipe do CAPS necessita facilitar a criação de espaços e ações convidativas para a participação da família no tratamento do usuário de álcool e outras drogas, envolvê-los em grupos terapêuticos, reuniões de famílias, atividades extra CAPS, datas comemorativas e festividades no intuito de desconstruir preconceitos, reelaborando-os na perspectiva de reconstruir e reestabelecer o sistema familiar degradado pela droga¹²⁷.

Rosa¹²⁸ concorda com tais premissas relacionadas à necessidade de desmitificação dos estereótipos sociais produzidos sobre a dependência química, mas, ressalta que todas as ações desenvolvidas em prol da compreensão da dependência como acometimento patológico devem ser muito bem elaboradas e discutidas, com o intuito de prevenir a passividade do usuário em relação à sua condição.

O trabalho no CAPS representa uma construção cotidiana de melhoria nas relações e engajamento no tratamento. Antes de frequentar o Centro os familiares encontram-se sobrecarregados com o fardo da dependência química, preenchidos por sentimentos e atitudes negativas que provocam ainda mais desordem no ambiente doméstico. No entanto, ao passo que a família também se torna alvo das intervenções do serviço, ocorre uma mudança importante de significados e valores, atuando como agente transformador na maneira de se relacionar com o dependente e com a dependência, contribuindo para a construção de um ambiente mais sadio representando suporte e segurança⁹⁸.

O CAPS ajudou muito, depois que ele começou o tratamento aqui eu e meu filho temos sossego, a vista do que ele era, tá dando a paz que nunca deu. Desde que tá aqui no CAPS ele não teve recaída, não tem mais agressão, vive calmo, na dele, sai para trabalhar (Sossego – Esposa).

A pesquisa desenvolvida por Zanatta, Garghetti e Lucca²⁶ apresenta a visão do usuário em relação ao CAPS. A avaliação feita por eles mostrou um nível de satisfação com o serviço bastante elevado, os usuários se referem a sentimentos de confiança no CAPS e relatam ter conseguido ampliar os horizontes de relacionamento doméstico, além de ter apreendido um

novo direcionamento para o seguimento do tratamento por meio do apoio dos profissionais do serviço no ato de ensinar novos valores para a vida, trabalho, lar e amigos. Tais perspectivas se assemelham as desta pesquisa a despeito da relação de positividade e confiança desenvolvida entre profissionais/CAPS, usuários e familiares.

Além disso, foi possível reconhecer que as discussões construtivas que ocorrem entre equipe e membros envolvidos com o usuário representaram momentos importantes de acolhimento, liberdade de expressão e escuta atenta²⁶. De fato, o trabalho do CAPS ad deve apoiar-se em ações para criação e fortificação de redes sociais, reforçando as relações afetivas e a promoção de vínculos antes inexistentes ou fragilizados, fortalecendo as vivências comunitárias²⁸.

No entanto, mesmo que seja consenso entre alguns estudos realizados, a aceitação, a vinculação positiva, a satisfação com as ações e os serviços desenvolvidos pelos profissionais do CAPS, alguns familiares e usuários consideram a necessidade de atendimento 24 horas por dia, por meio da ampliação estrutural do serviço e possibilidade de internação^{26,127}. Um familiar deste estudo também refere a mesma necessidade.

Esperava só que eles pudessem internar aqui no CAPS porque tem crise que só dá jeito com internamento (Paciência – Mãe).

Diante de tais necessidades, visando maior efetividade e qualidade no cuidado destinado a usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 130 resolve, em 26 de janeiro de 2012, instituir a criação de CAPS ad tipo III. A proposta do CAPS ad III está pautada no funcionamento em três turnos, 24 horas por dia durante os sete dias da semana, incluindo feriados com caráter representativo no que diz respeito à promoção de assistência especializada na rede de atenção do SUS principalmente em períodos de crise, abstinência, recaídas e desintoxicação com necessidade de internação¹²⁹.

No entanto, Campina Grande – PB, município cenário deste estudo, possui apenas o CAPS ad tipo II com funcionamento restrito ao horário comercial e um CAPS ad tipo III infanto-juvenil, que não dispõe de suporte para acolhimento noturno e leitos de internação para desintoxicação a usuários adultos e idosos, restringindo os familiares a recorrerem a outros serviços de saúde.

Mesmo diante desta necessidade expressa, é importante reafirmar que através da presença desses familiares nos serviços e da convivência no domicílio de forma mais adequada, tranquila e harmoniosa, o tratamento no Centro favorece uma melhora substancial

na vida das pessoas envolvidas com a drogadição dentro e fora do lar, descartando muitas vezes a necessidade de internação¹²⁷.

No entanto, mesmo frente a tantos depoimentos positivos, uma mãe, claramente abalada pela situação de internação recente de seu filho relata insatisfação com o serviço, falta de segurança e apoio.

O CAPS já me ajudou muito, mas hoje não é um apoio seguro. Antigamente o CAPS dava mais segurança a gente, o CAPS hoje não tem quase mais nada para segurar um dependente [...] agora ele foi internado (na emergência psiquiátrica) segunda e já tá de alta [...] Como eu vou viver com essa criatura aqui em casa? [...] Hoje em dia sou voluntária do CAPS, fui ser voluntária como pretexto para acompanhar ele. Lá a gente serve, ajuda uns aos outros (Esperança – Mãe).

Em sua percepção, a mãe relata que na atual situação de funcionamento o serviço não tem demonstrado a eficácia necessária para a contenção das situações de crise e para o auxílio ao familiar nestes casos. O sistema de saúde brasileiro, organizado na perspectiva de funcionamento em rede, para atendimento às necessidades de atenção, decorrentes do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, fundamentado no rompimento do paradigma hospitalocêntrico de cuidado, foi criado e instituído em todo o país para ser efetivo, eficaz e resolutivo, e não para servir de apoio secundário para os usuários e familiares e nem tampouco para contribuir para o desenvolvimento do fenômeno de institucionalização dentro do próprio CAPS.

A mãe também destaca sua participação como voluntária no CAPS, o que induz à afirmação de que o desenvolvimento de atividades de cunho voluntário não infere na inexistência ou déficit quantitativo em relação ao quadro de profissionais do serviço. A atuação dos familiares nas dependências do serviço está relacionada à representação de incentivo à permanência do usuário nas atividades propostas e à manutenção do interesse em manter-se ligado a instituição. Além disso, a participação dos familiares, em caráter de voluntariado, representa doação, disposição para ajudar e compartilhar experiências.

O papel do CAPS está centrado no apoio aos familiares e usuários, auxiliando na resolução de conflitos, trabalhando na visão educacional, com foco na reorganização dos laços afetivos e reestruturação da vida em sociedade a partir do empoderamento dos membros do sistema familiar¹³⁰. No entanto, em decorrência da insatisfação com a dinâmica do serviço ou diante da urgência de apoio e o desespero do familiar em alcançar a “cura” da dependência e a estabilização do quadro agudo das crises, opta-se pela procura a outros espaços terapêuticos.

Já busquei ajuda nessas comunidades terapêuticas, mas depende dele, se ele não quer fica difícil. Depende da gente também pra dar força, apoiar, minha família toda ajudou ele, mas ele já deu muito trabalho (Compaixão – Pai).

Ele começou a usar drogas com 11 anos de idade, na escola, influenciado pelas amizades [...] Quando a gente descobriu ele já estava com 14 anos e internamos ele em Dr. Maia e ficou quase 6 meses lá [...] Quando ele saiu do hospital consegui uma vaga na Fazenda Esperança em Lagartos no Sergipe, aproveitei que tinha saído do hospital e mandei para fazenda para fazer a desintoxicação, foi muito bom, consegui graças a Deus (Esperança – Mãe).

Os familiares expõem a partir de seus depoimentos a busca por outros tipos de serviços de assistência que compõe a rede de saúde mental, a exemplo das comunidades terapêuticas, como também a procura pela internação em hospitais psiquiátricos que, apesar de não estarem inscritos como instrumentos da rede de saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde, ainda se configuram como recurso utilizado por familiares na tentativa de manutenção do tratamento e alcance a reabilitação psicossocial.

No Brasil existem diversas comunidades terapêuticas que prestam atendimento especializado a usuários de álcool e outras drogas, comumente chamados de sítios ou fazendas, tais serviços são de cunho não governamental, dotadas de alto grau de organização e disciplina, com característica de trabalho voltada para a reclusão e programas de permanência²¹.

Tais modalidades de atenção surgiram na Grã-Bretanha por volta dos anos de 1940 inicialmente requisitadas para o tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos e só por volta de 1950 é que foram redirecionados aos acolhimentos para usuários de álcool e outras drogas. A principal característica da comunidade terapêutica é o trabalho desenvolvido em longo prazo com exigência de permanência e isolamento do convívio comunitário do usuário nas dependências da comunidade por um período mínimo de nove meses ininterruptos para obtenção da alta¹³¹.

Estes espaços tem ganhado representatividade progressiva no setor saúde. Tem a particularidade de serem criadas por meio de iniciativas de usuários em abstinência (“ex-usuários”) que fundam as novas comunidades ou fazendas a partir dos moldes de cuidado ao qual foram submetidos em outros locais¹³². Por este motivo, estes locais merecem um olhar bastante criterioso das instituições governamentais para possibilitar o funcionamento adequado, através da inserção de profissionais capacitados, estrutura física adequada e ação de funcionamento com qualidade.

Mesmo tendo adquirido espaço nas propostas de cuidado aos dependentes químicos, as comunidades terapêuticas ainda tem sérias dificuldades em construir vínculos colaborativos entre os demais serviços especializados no cuidado em saúde mental, na perspectiva de atuar com base nos preceitos da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Tal dificuldade pode estar relacionada a não aceitação, por parte das comunidades/fazendas, das propostas de cuidado com base na redução de danos. Em decorrência disso, os usuários normalmente são submetidos a regime de abstinência total, envolvendo drogas ilícitas e lícitas inclusive medicamentos, envolvidos com métodos de trabalho braçal e submissão religiosa.

Já as clínicas e hospitais psiquiátricos funcionam para os familiares como unidade de desintoxicação, supressoras das necessidades impostas pela crise e abstinência, configurando-se apoio para as famílias no que diz respeito à manutenção das complicações físicas e psicológicas. Para Silva, Oliveira e Costa²⁸ a opção pela internação está relacionada à resolução imediata do problema, quando, no entanto, para o tratamento e acompanhamento efetivo da drogadição se faz necessário o trabalho educativo e de conscientização dos familiares a despeito da importância da permanência do usuário no seio familiar e comunitário.

É sabido que na maioria dos casos o tratamento do dependente químico não exige internações psiquiátricas e, nos casos de extrema necessidade, a decisão de internar deve ser deliberada com base em critérios claros e bem definidos, realizados a partir do consenso entre profissional de saúde, dependente químico e familiares, ou, apenas entre profissionais e familiares nos casos em que o dependente encontra-se impossibilitado²⁸.

Assim, o que chama atenção no discurso de Esperança é o fato de o seu filho haver sido submetido a tratamento com base em regime de internação em hospital psiquiátrico com 14 anos de idade, mesmo que isso tenha acontecido há mais de vinte anos. Desde a sanção da Lei 10.216/01 conhecida como lei da saúde mental, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a internação em hospital psiquiátrico só deverá ser realizada nos casos extremos, em que os suportes extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para contenção da crise e possíveis danos¹³³.

Existem, portanto, os seguintes tipos de internação: em primeiro lugar a internação de caráter voluntário, que se dá por meio do consentimento do próprio usuário; bem como a internação involuntária que ocorre em decorrência de pedido de terceiros, sem a aprovação do usuário; por fim, o tipo de internação compulsória, responsável por internar usuários a partir de medidas e determinações judiciais¹³³.

No entanto, na atualidade, a portaria que cria o CAPS ad III – leia-se Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 – institui que nestes serviços, do tipo infanto-juvenil, é que devem ser realizados acolhimento e tratamento para desintoxicação de crianças e adolescentes, por 12 horas ininterruptas¹²⁹.

Em outra perspectiva de apoio, percebeu-se a partir dos discursos dos familiares, que independente da realização do tratamento se dar no âmbito do CAPS ou demais serviços com base em estratégias de cunho comunitário e socializador, a terapêutica medicamentosa fornece bastante segurança para eles, em detrimento aos graus de severidade que as consequências da dependência química alcançam.

E tem a medicação, a medicação é indispensável, porque é com ela que ele vai esvaziar a mente e o cérebro, tudo que está armazenado de perseguição, de vontade de usar droga, crack, maconha e álcool (Esperança – Mãe).

Ninguém nunca me ajudou não, a única ajuda que encontrei foi aqui no CAPS, aqui é muito bom, só de ter aquele medicamento certinho todo mês é muito bom. Agradeço muito a Deus pelo CAPS, a gente gosta muito eu e ele (Amor – Mãe).

Além do apoio encontrado pelos familiares na parceria com os serviços especializados de cuidado, o uso de medicamentos de forma contínua também parece ser um recurso utilizado em grande escala no tratamento do dependente químico. No entanto, é importante que a medicação seja percebida pelos cuidadores como mais um recurso terapêutico e não como a única alternativa de cuidado.

A partir da criação de serviços substitutivos com propostas terapêuticas baseadas na reabilitação, foram instituídas também novas formas de cuidado que prezam o desenvolvimento de ações de caráter interdisciplinar, baseadas na integração de conhecimento de modo a produzir uma intervenção qualificada que leve em consideração a complexidade da drogadição, além de considerar a perspectiva de medicalização dos sintomas provocados pela abstinência¹³⁴.

4.2.3 Rede de saúde no cuidado à dependência química: aliados ou (des)aliados?

Um dos objetivos da reformulação das propostas de tratamento no campo da saúde mental e redimensionamento das práticas de cuidado foi proporcionar, por meio de serviços integrantes da rede de apoio, acompanhamento integral que envolvesse todos os aspectos que compreendem a vida do usuário, incluindo o suporte aos familiares cuidadores.

A rede conta com serviços que devem funcionar de forma articulada entre si na perspectiva de promover a integralidade do cuidado, reabilitação psicossocial e inclusão comunitária, sendo imprescindível que tais dispositivos estejam interligados de forma complementar e funcional, com o intuito de se manter a continuidade das propostas desenvolvidas pelo CAPS. Por se configurar como o principal serviço da rede de saúde mental e atuar como porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, o CAPS deve buscar trabalhar de forma conjunta com ambulatórios, emergências psiquiátricas, hospitais gerais, residências terapêuticas e atenção básica¹³⁵.

No entanto, constata-se a fragilidade desse funcionamento em rede a partir do depoimento dos familiares participantes deste estudo.

Aqui nesse bairro não tem nada, eu até já tentei, tentei organizar um grupo de famílias para gente fazer um trabalho e tentar enfrentar essa situação [...] O que eu espero é que os poderes públicos formem uma rede de assistência direta a eles, dependentes, e a nós porque nós temos que acompanhar. Quem mais sofre é a família [...] Antigamente com o hospital psiquiátrico a gente ainda recorria, tinha mais leitos e com o aumento dos dependentes e sem leitos, reina a violência doméstica, contra eles mesmos, a gente não deseja que eles sejam mal tratados. (Esperança – Mãe).

O cenário de dificuldades enfrentado pelos serviços de caráter substitutivo na formação de trabalho em rede, em detrimento ao atendimento da demanda crescente de usuários, e na ineficiência numérica de serviços, impede-os de dar respostas seguras às crises e oferecer suporte emocional aos familiares, contribuindo para o desenvolvimento de posturas saudosistas do funcionamento do hospital e oferta de vagas para internação por parte dos cuidadores¹³⁶.

Alguns familiares relataram situações de despreparo por parte das equipes que compõem a estratégia saúde da família, propuseram soluções para a problemática na comunidade por compreender que a união do grupo provoca significativas mudanças de comportamento e hábitos referentes à dependência química. Além disso, percebe-se sentimento de abandono por serviços da área da justiça e assistência social, ficando a cargo apenas do CAPS fornecer tratamento psicoterápico, medicamentoso, apoio psicológico, ações interdisciplinares de cuidado em grupo, visitas domiciliares e suporte às famílias.

O posto perto da minha casa não desenvolve nenhuma ação de cuidado para familiar de dependente químico [...] acho mesmo que era para existir um apoio, era pra ter até uma visita na casa desses familiares, não frequentemente porque eu sei que a demanda é muito grande, mas que esse povo que tem problema de dependência química e os familiares tivesse apoio dos agentes de saúde, fosse alguém na casa da família, eu acho que isso era bom até pra eles, receber visita, palestra em casa, apoio [...] Eu mesma faço

acompanhamento na justiça por causa dos meus netos que foram pra minha casa com o Conselho Tutelar porque a mãe agredia muito eles, e ficaram de fazer visita na minha casa e nunca foram (Persistência – Mãe).

O PSF na parte da dependência nem existe isso [...] eu esperava que eles fizessem mais, pra ter um psicológico, até para as crianças [...] eu penso que o PSF era pra ter uma participação muito grande, ajudar a gente, trabalhando em conjunto com o CAPS ia ser de muita utilidade, infelizmente a gente não tem essa ajuda, a única ajuda que eu encontrei foi aqui (Paciência – Mãe).

Os familiares retratam e revelam a fragilidade da rede de cuidado, o CAPS está “encapsulado” e atuando como um serviço isolado. Na comunidade, a Estratégia Saúde da Família não tem se ocupado de forma eficiente com este grupo especial que vai em busca de ajuda. Assim, vê-se a lacuna impressa na rede de cuidados como um “nó crítico” da assistência em saúde mental.

Para que seja possível o planejamento de ações resolutivas em saúde mental é necessário incentivar a reflexão e discussão sobre conceitos chaves: intersectorialidade, ações em rede no território, inclusão social, reabilitação, desinstitucionalização, cidadania, autonomia e fortalecimento dos vínculos⁵. A ESF tem como principal característica a capacidade de atuação como ligação com a comunidade a partir da formação de vínculos, do acolhimento e escuta atenta. Quando relacionada à drogadição tal estratégia poderia ocupar lugar de importância social para efetivação das ações integrais e intersectoriais. No entanto, até o momento da realização desta pesquisa, no município de Campina Grande – PB, essa realidade não se faz presente no cotidiano de familiares de usuários acompanhados pelo CAPS ad.

A falta de articulação pode, algumas vezes, estar relacionada à falta de procura por parte dos familiares a outros serviços da rede como forma de complementar a assistência, como pode ocorrer devido ao descaso/despreparo das próprias equipes de saúde da família que devem ter conhecimento sobre a situação e saúde dos moradores de sua área de cobertura, incluindo os que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, contando ainda com a possibilidade de *déficit* de ação por parte dos profissionais do CAPS em trabalhar como membros articuladores para a consolidação do trabalho em rede.

Para que haja realização da estratégia de apoio matricial, as equipes de saúde mental, principalmente do CAPS por ser o serviço mais representativo da rede, devem conhecer e interagir de forma dinâmica com as equipes que compõem a atenção básica do município e estabelecer iniciativas conjuntas que visem o levantamento de dados e o conhecimento das reais necessidades da população¹³⁷. O apoio matricial foi instituído na perspectiva de alcança

um modelo de trabalho baseado na proposta de compartilhamento, com prioridade focada na lógica de referência e contrarreferência possibilitando a responsabilização mútua entre as equipes.

O uso problemático de substâncias psicoativas foi listado pelo Ministério da Saúde como uma das dez prioridades de acompanhamento para a estratégia saúde da família em função do reconhecimento da drogadição como problema de saúde pública que exige acompanhamento especializado de caráter intersetorial, além de buscar a redução das consequências negativas impressas pela dependência química na vida do usuário com relação à ocupação da margem das relações sociais¹³⁸.

Os pressupostos técnicos e teóricos que possibilitaram a mudança paradigmática na saúde mental consideraram a necessidade de intervenção de cunho interdisciplinar que facilite a permanência do usuário em seu ambiente comunitário. Neste sentido, a atenção básica, principal estratégia do campo da saúde pública no Brasil, representa um espaço privilegiado para o desenvolvimento de intervenções de qualidade focadas no eixo territorial¹³⁹.

Eu já contei a história do meu menino no PSF do meu bairro, já fui pra lá muito sofrida, cansada, estressada e terminei contanto, desabafando com três funcionários de lá, inclusive a assistente social. Nesse dia elas me deram muito apoio, mas ajuda com palavras só, que não é suficiente. A gente sofre muito, eu gostaria que lá também tivesse um grupo para os familiares, pelo menos uma vez por mês [...] A comunidade unida se ajuda muito (Fé – Mãe).

O discurso da mãe exprime o desejo de que sejam realizadas também no âmbito da atenção básica, intervenções de cunho comunitário. A proposta da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) já foi utilizada pela SENAD nos anos de 2006 e 2007 como instrumento para acolher pessoas em situação de sofrimento psíquico em decorrência da dependência química¹⁴⁰.

“A perspectiva de trabalho comunitário apresenta relevância na efetivação dos objetivos da atual Política Nacional sobre Drogas”^{140:4}. Nesta vertente, as propostas de ação comunitária revelam-se como importante ferramenta para otimização dos recursos da própria comunidade para resolução de problemas, inclusive daqueles relacionados ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas¹⁴⁰.

Diante dos benefícios advindos das práticas comunitárias, a TCI pode atuar como instrumento de cuidado à população cujas demandas pessoais e sociais caracterizam-se como fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas. Isso só ocorre a partir da possibilidade de construção de redes de solidariedade eficazes para, além de enfrentar e prevenir o contato com

os fatores de risco, auxiliar no resgate da inclusão dos sujeitos no seio comunitário, por meio de parcerias entre a TCI e os CAPS ad, ESF, centros de saúde e comunidades terapêuticas¹⁴⁰.

Além disso, o Ministério da Saúde tem apoiado paulatinamente a implementação da TCI na ESF. Tal proposta acompanha a ruptura paradigmática do modelo de cuidado assistencialista e burocrático, e a transcendência para um modelo apoiado na participação da comunidade, com vistas a promover saúde, desenvolvendo de forma comunitária e social a população adscrita. Além disso, a proposta da TCI na atenção básica, pauta-se no desenvolvimento de ações de apoio à atividades associativas, no combate ao isolamento, na promoção de reinserção social para os membros fatalmente marginalizados¹⁴¹.

Percebe-se então, a necessidade de reformulação nas propostas de funcionamento em rede na busca pela integralidade, entre os profissionais dos serviços que a compõem, a partir de um redirecionamento de práticas e qualificação do diálogo, favorecendo o ganho dos usuários e familiares, não privilegiando apenas cuidados medicamentosos, mas ajudando o familiar a reorganizar o sistema doméstico, reestabelecer vínculos e desenvolver novos subsistemas de relacionamentos saudáveis que possam atuar também como suporte afetivo e emocional nos momentos de crise, possibilitando o acompanhamento de qualidade por profissionais de diversos setores de atuação, preenchendo as necessidades biológicas, psíquicas e sociais de familiares e usuários.

5 REFLEXÕES FINAIS

A problemática enfrentada pela sociedade contemporânea na luta contra a dependência química tem sido amplamente discutida, com significativa preocupação em decorrência do reconhecimento da questão enquanto promotora de prejuízos relacionados à saúde pública, uma vez que está voltada para os agravos pessoais e coletivos provocados pelo consumo de substâncias psicoativas.

Tal acometimento não atinge apenas o sujeito que consome as drogas, há na verdade uma cadeia de interferências que compromete a dinâmica interrelacional do usuário com os vários subsistemas que ele faz parte. Através dos pressupostos do pensamento sistêmico, foi possibilitada a compreensão da família como principal sistema social a ser atingido pelas consequências danosas da condição a qual o dependente está submetido. Tal instituição vivencia a desorganização estrutural, a quebra do equilíbrio e da homeostase, a partir da influência da dependência química como fator estressor.

O sistema doméstico, por ser considerado um sistema social aberto, capaz de sofrer interferências e influências externas, encontra-se exposto a situações de risco, desgaste e rompimento dos vínculos afetivos, tornando-se a dependência química um fator contribuinte para a degradação das relações domésticas e sociais.

Frente à perspectiva de tratamento, as atuais propostas de atuação no campo da saúde mental, pautam suas ações em atividades de cunho interdisciplinar, no intuito de atender às necessidades biopsicossociais do sujeito, desenvolver práticas que favoreçam o empoderamento, o desenvolvimento sadio da autonomia e o pleno exercício da cidadania em prol da reabilitação psicossocial e inserção comunitária, contando com o auxílio, em caráter coparticipativo e corresponsável dos cuidadores.

Buscamos o diálogo com os familiares que possuem vivências expressivas de superação e persistência, objetivando compreender um pouco das suas experiências de vida, além da sua relação com a dependência química e os fatores que influenciam na tomada de decisão para desistência ou permanência no trabalho de corresponsabilidade, ancorados nos principais desafios, estratégias de enfrentamento, rede de apoio e demais serviços de saúde como aliados no tratamento.

Atentamos também para aqueles familiares que, diante de tantas vivências de sofrimento, não desistiram do usuário e continuaram tentando, por diversas formas, a reconstrução do sistema familiar, restauração dos vínculos e reabilitação psicossocial do membro adicto. Mostrou-se esclarecer que a participação como coadjuvante no processo de tratamento de dependentes químicos imprime nos familiares vivências de dor, sofrimento,

estresse, desânimo, ambiguidade, dentre outros sentimentos destacados pelos familiares que fizeram parte deste estudo.

Pode-se perceber que a dependência química deixa marcas profundas nas vidas dos familiares em decorrência, principalmente, da vergonha, da exclusão social, do estigma e do preconceito, enraizados no lastro cultural da sociedade que desloca familiares e dependentes para as margens das relações sociais, do acesso aos serviços de saúde, provocando sobrecarga ainda maior para os cuidadores, por compreenderem, em alguns momentos, que esta luta é “só deles” e que “não há a possibilidade de obter apoio social”.

Muitas vezes, as famílias são responsabilizadas pelo acometimento da dependência química por algum de seus membros, e, na responsabilidade de cuidar, enfrentam uma série de desafios e fatores que dificultam a efetivação de sua participação no tratamento. Dentre os principais e mais comuns desafios enfrentados pelos familiares estão: as agressões e violências sofridas dentro do próprio ambiente doméstico, de cunho físico, financeiro ou psicológico, contando também com a dificuldade da manutenção da homeostase do sistema familiar em função do rompimento dos vínculos afetivos.

Também foi relatado o acompanhamento da degradação pessoal do usuário pelo *déficit* de autocuidado, abandono nas ruas, violência contra o próprio corpo, alimentação e higiene inadequadas, configurando-se como situações que provocam tristeza, sentimento de inadequação e impotência em presenciar o membro adicto entregue ao subsistema da droga. Em detrimento desta entrega, caracteriza-se como mais um desafio enfrentado pelos parentes, os prejuízos financeiros causados pelos usuários em decorrência da venda e/ou troca de bens pessoais e familiares para obtenção das drogas e, muitas vezes, quando o prejuízo já comprometeu as cotas financeiras da família.

Sabe-se que muitos membros do lar desistem ou não se envolvem adequadamente com o processo de cuidar. Nem todas as famílias se corresponsabilizam, o que provoca dificuldades, além das inerentes à questão crônica da dependência química, na qualidade do tratamento, restringindo ainda mais a possibilidade de recuperação do membro adicto. Diante de tal situação, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de um trabalho que possibilite a instrumentalização dos familiares e que os ajudem a traçar estratégias de enfrentamento que auxiliem no combate à dependência química e aos desafios impostos por ela.

Além do mais, é preciso reconhecer que muitas vezes esse cuidador já se encontra em estágio de codependência, estando, parte de sua estrutura psicológica afetada em decorrência no envolvimento com o processo de cuidar. Não há limites claros entre o familiar que necessita de cuidados para superar a codependência e entre ser um suporte para o parente sair

da situação de dependência. Neste caso, torna-se importante a manutenção do estágio de percepção e sensibilidade do profissional envolvido com estas famílias em reconhecer a necessidade de “cuidar dos cuidadores”, na forma de oferecer apoio psicossocial.

Com a convivência com a drogadição, os parentes aprenderam, a partir das experiências de dor e sofrimento, a ressignificar o abalo constante provocado pela dependência e criar estratégias de enfrentamento pautadas principalmente no diálogo aberto, sem críticas, sem cobranças, confortável para ambos os participantes e favorável à recuperação da confiabilidade e capacidade de demonstração de afeto no ambiente familiar, além de traçar ações que os possibilitassem dar mais amor, tratar com mais carinho, compreender os lapsos, as recaídas e buscar ajudar, confiando mais, mostrando que há chances seguras de o tratamento obter sucesso.

Para conseguir desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes é importante que o familiar não se sinta sozinho, podendo contar com uma rede de apoio, formada por instituições governamentais e não governamentais, mantendo a relação com profissionais, outros usuários e outros familiares que compartilham do mesmo sofrimento.

Os membros do sistema revelaram contar como rede de apoio com a participação em grupos de autoajuda desenvolvidos em diversos espaços comunitários, na igreja, na sede dos grupos, dentro do ambiente do próprio CAPS, com intuito de compartilhar experiências em comum com outras mães, pais, esposas, filhos e demais parentes que exercem a função de cuidado, na tentativa de construir novos vínculos, atuar de forma solidária e manter a participação ativa no tratamento. A função dos grupos de apoio é muito salutar por exercer atividades de cunho educativo que permitem familiares e usuários compreenderem a dependência química, relacionando-se melhor entre si para o enfrentamento da exclusão social e obtenção do êxito nas propostas dos serviços de saúde.

Grande parte dos familiares revelou o CAPS como um ponto de segurança presente em momentos cruciais vivenciados por eles. O desenvolvimento do trabalho no CAPS também está pautado na busca pela reabilitação psicossocial a partir do desenvolvimento de ações educativas, grupos operativos, terapêuticos e de geração de renda, atividades na comunidade e inclusão das famílias nas propostas de tratamento. O familiar precisa estar consciente do seu significativo papel como cuidador do dependente.

O CAPS, embora se apresente como apoio de maior representatividade na vida dos usuários e familiares, não é o único serviço que faz parte da rede e o estudo nos relevou a fragilidade da proposta de funcionamento envolvendo unidades de referência em saúde mental, centros de convivência, leitos em hospital geral e o apoio matricial com a atenção

básica em saúde, além da ineficiência do diálogo entre profissionais, despreparo principalmente da estratégia de saúde da família que deveria atuar de forma conjunta com o CAPS trabalhando no território e se responsabilizando pelo atendimento de transtornos mentais leves, bem como os decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Este estudo buscou conhecer vivências pessoais e histórias de vida de um grupo específico, em um determinado tempo e lugar, sendo esta considerada uma particularidade da pesquisa no sentido de contar com amostra intencional e número restrito de participantes, não permitindo generalizações. A partir das constatações e observações feitas, dos resultados encontrados, recomenda-se que estudos semelhantes a este possam ser desenvolvidos, pois o método empregado pode ser reaplicado em contextos semelhantes. Sugere-se também que outras pesquisas que possam decorrer desta, considerem a importância de evidenciar as fragilidades do sistema de saúde no que diz respeito à rede de atenção psicossocial para tratamento da dependência química.

É possível que gestores de saúde, profissionais dos serviços, bem como familiares e usuários de álcool e outras drogas possam, a partir das análises empreendidas, reconhecer a importância da família e o valor que deve ser dado a esta instituição na atual sociedade, notadamente fragmentada, sem vínculos e valores de referência para a consolidação de uma cultura de paz.

Outro ponto observado foi a lacuna de pesquisas no campo teórico da Enfermagem com base nos pressupostos do pensamento sistêmico, revelando uma perspectiva de estudo a ser observada com maior relevância. Assim, há uma necessidade de maior envolvimento deste campo de atuação seja na saúde mental ou em outras áreas, na busca de compreender como os fatores estressores de caráter biológico, psíquico e social, que acometem um dos membros, interferem diretamente na homeostase e funcionamento familiar, expondo a necessidade de inclusão do membro nas propostas de tratamento de qualquer que seja o acometimento patológico, buscando melhoria na qualidade do cuidado por meio da promoção do suporte emocional a pacientes e familiares.

Portanto, diante de tantas fragilidades e dificuldades enfrentadas e expostas pelos familiares cuidadores participantes deste estudo, acredita-se que existem possibilidades operacionais ao alcance de gestores e profissionais de saúde, no intuito de tornar efetivas as propostas das políticas públicas de cuidado a dependentes químicos. Vê-se a necessidade de investimento em propostas de capacitação e envolvimento dos profissionais na busca de maiores estratégias de cunho interdisciplinar, programas de assistência social efetivos,

educação, esporte, cultura e lazer, vislumbrando construir oportunidades palpáveis de reabilitação psicossocial com vistas a “ensinar” o dependente químico a conviver novamente com a sociedade e “regras” que a regulam.

Deste modo, o reconhecimento do familiar, amigos e demais membros integrantes da rede de relações saudáveis do dependente químico, como peças importantes para o sucesso das propostas do serviço de saúde, possivelmente facilitará o trabalho dos profissionais e diminuirá a sobrecarga físicoemocional imposta por este tipo de desempenho profissional. No entanto, deve-se compreender que o sistema familiar só se tornará influência sadia para o dependente quando também for devidamente envolvido nas estratégias de cuidado interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

1. Unodc. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Nova York, 2014.
2. Carlini EA, editor. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: um estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro de informações sobre drogas psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo [Internet]. 2006 [acesso em 25 out 201]; Disponível em: <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>
3. Granville-Garcia AF, Fernandes LV, Farias TSS, Massoni ACLT, Cavalcanti AL, Menezes VA. Consumo de drogas lícitas por adolescentes de Campina Grande – Paraíba. IJD – International Journal of Dentistry [Internet]. 2011 [acesso em 10 jul 2014]; 10(2): 67-73. Disponível em: <https://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/view/286/254>
4. Jorge MSB, Lopes CHAF, Sampaio CFS, Souza LV, Silva MSJ, Alves MS. Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à Luz de Pimentel. Rev Rene [Internet]. 2007 [acesso em 09 jul 2014]; 8(3): 26-33. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/666/pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2 ed., rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 30 Ago 2014]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
6. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 5 ed., Brasília: SENAD, 2014.
7. Pinho PH, Oliveira MAF, Vargas D, Almeida MM, Machado AL, Silva ALA, Colvero LA, Barros S. Reabilitação Psicossocial de usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [acesso em 14 ago 2014]; 43(2): 1261-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a20v43s2.pdf>
8. Shaurich D. Compreensões de acadêmicos de enfermagem sobre família. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 25 out 2014]; 13(2): 415-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a25.pdf>
9. Marconi MA, Presotto ZMN. Antropologia: uma introdução. 7 ed., 3 reimp. São Paulo: Atlas, 2010, p. 92-118.
10. Carvalho MCB. O Lugar da Família na Política Social. In: Carvalho MCB (Org). A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: EDUC / Cortez, 2002, p. 15-22.
11. Schenker M, Minayo MCS. A Importância da Família no Tratamento do Uso Abusivo de Drogas: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso em 30 set 2014]; 20(3): 649-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>
12. Capra F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.

13. Morin E. A necessidade de um pensamento complexo. In: Mendes C. (Org) Representação e complexidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2003, p. 69-78.
14. Azevedo CS, Silva, RS. A importância da família no tratamento do dependente químico. Encontro – Rev Psicol [Internet]. 2013 [acesso em 15 jul 2014]; 16(25): 151-62. Disponível em: <http://sare.anhanguera.com/index.php/rencp/article/view/4761/1618>
15. Brasil VR. Um olhar sistêmico do processo de tratamento da drogadição na família. 2005. 137 f. Dissertação (mestrado) – Pontifica Universidade de São Paulo: São Paulo, 2005.
16. Ferreira DML, Ramos MFM, Bandeira SLP. Alcoolismo numa perspectiva da terapia familiar sistêmica: o que pensam as famílias? In: Medeiros JWM, Barros DR, Espínola LL, Serrano, RMSM. Diálogos sobre drogadição: experiências no combate à dependência química. João Pessoa: Editora Universitária, 2007, p. 121-136.
17. Cavalcante LP, Falcão RST, Lima HP, Marinho AM, Macedo JQ, Braga VAB. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental de assistência em saúde. Rev Rene [Internet]. 2012 [acesso em 23 set 2014]; 13(2): 321-31. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/215/pdf>
18. Soccol KLS, Terra MG, Ribeiro DB, Teixeira JKS, Siqueira DF, Mostardeiro SCTS. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. Cogitare Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 25 ago 2014]; 19(1): 116-122. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35967/22176>
19. Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, Kappann JI, Tosta Júnior LA. Consumos de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. Rev Saúde Public [Internet]. 2004 [acesso em 23 fev 2014]; 38(1): 130-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18462.pdf>
20. Alves VS, Lima IMSO. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. RDisan [Internet]. 2013 [acesso em 15 jan 2014]; 13(3): 9-32. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241/59451>
21. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2 ed. São Paulo: Editora Rocca, 2010.
22. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome da dependência do álcool: critérios diagnósticos. Rev. Bras. Psiquiatr [Internet] 2004 [acesso em 15 set 2014]; 6(suppl 1): 11-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004
23. Scheffer M, Pasa GG, Almeida RMM. Atenção, ansiedade e raiva em dependentes químicos. Psico [Internet]. 2009 [acesso em 14 jan 2015]; 40(2): 235-44. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/3762/4537>
24. Neves ACL, Miasso AL. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. Rev latino-am Enferm [Internet]. 2010. [acesso em 31 out 2014];

18(spe): 587-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000700015&script=sci_arttext

25. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, 2009. [acesso em 02 mar 2014]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>

26. Zanatta AB, Garhetti FC, Lucca SR. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso em 13 mar 2014]; 36(1): 225-37. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/248/pdf_63

27. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, Tenório-Souza FM, Dias CCV. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. Psicol em Estudo [Internet]. 2013 [acesso em 13 mar 2014]; 18(2): 269-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008

28. Silva CAF, Oliveira EN, Costa MSA. Concepções dos familiares de dependentes químicos atendidos no centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad) de Sobral – CE. Sanare Sobral [Internet]. 2007 [acesso em 13 mar 2014]; 6(2): 67-76. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/156/148>

29. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Capacitação para comunidades terapêuticas: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: SENAD, 2013.

30. Moraes LMP. Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar. 2008. 243f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará: Fortaleza, 2008.

31. Organização Mundial da Saúde. Transtornos devido ao uso de substâncias. In: Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde (Orgs). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil, 2001, p. 58-61.

32. Cavalcanti CMG, Silva LB, Santos LLF, Lins MAT, Santos VSBA. A centralidade da família nas políticas sociais brasileiras. Cadernos de Graduação: ciências humanas e sociais [Internet]. 2013 [acesso em 04 ago 2014] 1(2): 23-35. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/698/386>

33. Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. São Paulo: Editora Escala, 2000.

34. Szymanski H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudanças. Serviço social e sociedade [Internet]. 2002 [acesso em 02 mar 2014]; 22(71): 9-25. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=Viver_em_familia_como_experiencia_de_cuidado_mutuo_desafios.pdf

35. Silva CE. História e desenvolvimento do conceito de família. 2005. 130f. Dissertação (mestrado) – Pontifca Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2005.
36. Carnut L, Faquim J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2013 [acesso em 03 ago 2014]; 5(1): 62-70. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/165/122>
37. Paschoal GR, Marta TN. O papel da família na formação social de crianças e adolescentes. *Confluências* [Internet]. 2012 [acesso em 01 ago 2014]; 12(1): 219-39. Disponível em: <http://www.confluencias.uff.br/index.php/confluencias/article/viewFile/91/112>
38. Ponciano ELT. Família nuclear e terapia de família: conexões entre duas histórias. *Rev Estudos e Pesquisas em Psicol* [Internet]. 2002 [acesso em 13 mar 2014]; 2(2): 0-0. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v2n2/artigos/Artigo%203%20-%20V2N2.pdf>
39. Roudinesco E (Org). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.
40. Pratta EMM, Santos MA. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estud Psicol*, 2006. [Acesso e 05 Ago 2014]; 11(3): 315-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/09.pdf>
41. Silva TMG. Família e historiografia. *Politeia: Hist Soc* [Internet]. 2002 [acesso 05 ago 2014]; 2(1): 37-46. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/politeia/article/view/524/554>
42. Taylor CM. *Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
43. Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicol Estud* [Internet]. 2007 [acesso em 24 jun 2014]; 12(2): 247-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200005&script=sci_arttext
44. Seleghim MR, Galera SAF, Oliveira MLF. Pesquisa com usuários de crack e seus familiares: análise de uma vivência. *Saúde Transform Social* [Internet]. 2014 [acesso em 30 jun 2014]; 5(1): 36-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-70852014000100007&script=sci_arttext
45. Capra F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1983.
46. Vasconcellos MJE. *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da sociedade*. 2 ed. Campinas: Papyrus, 2003.
47. Barreto AP. *Terapia Comunitária passo a passo*. 4 ed., rev., amp. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

48. Rossato VMD, Kirchof ALC. Famílias alcoolistas: a busca de nexos de manutenção, acomodação, repadronização de comportamentos alcoolista. Rev Gauch Enferm [Internet]. 2006 [acesso em 24 abr 2014]; 2(27): 251-7. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4603/2523>
49. Neuman B, Fawcett J. The Neuman Systems Model. Inglaterra: Pearson, 2010.
50. Almeida Filho AJ, Ferreira MA, Gomes MLB, Silva RC, Santos TCF. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2007 [acesso em 24 abr 2014]; 11(4): 605-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a08>
51. Nichols MP, Schwartz RC. Terapia familiar. Conceitos e métodos. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
52. Minuchin S, Fishman C. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1990.
53. Moreira MSS. Dependência familiar. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo [Internet]. 2004 [acesso em 27 jun 2014]; 5(5): 83-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v5n5/v5n5a15.pdf>
54. Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação dos programas de saúde. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. (Orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2008.
55. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. (Orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2008.
56. Kerr LRFS, Kendall C. A pesquisa qualitativa em saúde (Editorial). Rev. Rene [Internet]. 2013 [acesso em 16 set 2014]; 14(6): 1061-3. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1577/pdf>
57. Medeiros SLA, Araújo ABP, Valença CN, Germano RM. Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. Interface [Internet]. 2012 [acesso em 16 set 2014]; 16(41): 579-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a22v16n41.pdf>
58. Canzonieri AM. Metodologia da pesquisa qualitativa em saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.
59. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [Acesso em 16 set 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250400>
60. Brito FSL. Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande – PB. 2011. 200f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2011.
61. Cirilo LS. Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. 2006. 168f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2006.

62. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, 2002.
63. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. Rev. e atual. Lisboa: Editora 70, 2009.
64. Orth APS. A dependência química e o funcionamento familiar a luz do pensamento sistêmico. 2005. 159f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2005.
65. Fontana IV, Stumm EMF, Kirchner RM, Gomes JS, Ubessi LD. Stress and coping in familiar of dependent on psychoactive substances. Rev Enferm UFPB on line [Internet]. 2011 [acesso em 23 jul 2014]; 5(3):618-27. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1554>
66. Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. Ciência Cuidado e Saúde [Internet]. 2007 [acesso em 10 jul 2014]; 6(3):357-362. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4024/2717>
67. Maciel SC, Melo JRF, Dias CCV, Silva GLS, Gouveia YB. Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. Rev Psicologia: teoria e prática [Internet]. 2014 [acesso em 23 fev 2014]; 16(2):18-28. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/02.pdf>
68. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. J. Bras Psiquiatr [Internet]. 2010 [acesso em 23 nov 2014]; 59(4):326-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000400010&script=sci_arttext
69. Noronha MGRCS, Cardoso OS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [acesso em 18 abr 2014]; 14(2):497-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a18v14n2.pdf>
70. Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em 05 nov 2014]; 46(2): 328-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200009
71. Alves R. Ostra feliz não faz pérolas. Barcelona: Planeta, 2008.
72. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial de saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 30 ago 2014]; 63(1): 51-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100009&script=sci_arttext
73. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares e pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 15 set 2014]; 25(9): 1957-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900010

74. Brasil. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [acesso em: 23 ago 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf
75. Melo ZM, Caldas MT, Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. Psicologia em Estudo [Internet]. 2005 [acesso em 13 mar 2014]: 10(2): 201-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000200006&script=sci_arttext
76. Berg MJ, Kremelberg D, Dwivedi P, Verma S, Schencsul JJ, Gupta K, Chandran D, Singh SK. The effects of husband's alcohol consumption on married women in three low-income áreas of Greater Mumbai. AIDS Behav [Internet]. 2010 [acesso em 09 jul 2014]; 14(suppl 1): 126-35. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20544380>
77. Noto AR, Fonseca AM, Silva EAS, Galduróz JCF. Violência domiciliar associada ao consumo de álcool e outras drogas: um levantamento no estado de São Paulo. J Bras Dep Quim. 2004; 5(1): 9-17.
78. Bittar DB, Nakano AMS. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 23 set 2014]; 20(1): 17-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100002
79. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.
80. Vieira LB, Cortes LF, Padoin EMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 22 out 2014]; 67(3): 366-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>
81. Manguiera SO, Lopes MVO. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise do conceito. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 30 out 2014]; 67(1): 149-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0149.pdf>
82. Xavier MF, Rodrigues PHJ, Silva MCR. A percepção da família no tratamento e suporte de dependentes químico. Encontro Rev Psicol. 2014; 17(26): 99-110.
83. Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. SMAD – Rev. Eletronic. Saúde Mental Álcool e outras Drogas [Internet]. 2006 [acesso em 30 ago 2014]; 2(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762006000100003&script=sci_arttext
84. Sophia EC, Tavares H, Zilberman ML. Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico? Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2006 [acesso em 05 nov 2014]; 29(1): 0-0. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006005000003&script=sci_arttext

85. Seleglim MR, Marangoni SR, Marcon SS, Oliveira MLF. Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department. *Rev latino-am enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 27 jul 2014]; 19(5): 1163-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500014&script=sci_arttext&tlng=pt
86. Souza J, Kantorski, LP, Vasters GPP, Luis MAV. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. *Rev latino-am enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 18 ago 2014]; 19(1): 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_19.pdf
87. Schneider J. Experiências de rupturas de usuários de drogas. *Soc Cult* [Internet]. 2011 [acesso em 25 out 2014]; 14(2): 311-20. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/view/17607/10559>
88. Buchelle F, Marcatti M, Ribeiro DR. Dependência química e prevenção à recaída. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2004 [acesso em 15 ago 2014]; 13(2): 233-40. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413206>
89. França MG, Siqueira MM. O papel da enfermagem e a formação de multiplicadores ante o processo de prevenção à recaída. *SMAD. Rev Eletronica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2011 [acesso em 14 jul 2014]; 7(2): 78-84. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n2/05.pdf>
90. Ribeiro CT, Fernandes AH. Tratamento para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise. *Analytica* [Internet]. 2013 [acesso em 21 set 2014]; 1(2): 33-58. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/viewFile/372/405>
91. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 [acesso em 13 abr 2014]; 15(36): 137-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100011
92. Alvarez AMA. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007 [acesso em 14 abr 2014]; 53(3): 188-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a06v56n3.pdf>
93. Carvalho FRM, Brusamarello T, Guimarães AN, Paes MR, Maftum MA. Causas de recaída e busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Colomb med* [Internet]. 2011 [acesso em 15 jan 2014]; 42(2) suppl 1: 57-62. Disponível em: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/820/1357>
94. Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev psiquiátr Clin* [Internet]. 2008 [acesso em 30 ago 2014]; 35(suppl 1): 82-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a20v43s2.pdf>

95. Romanini M, Dias ACG, Pereira AS. Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Disc Scientia* [Internet]. 2010 [acesso em 23 set 2014]; 11(1): 115-32. Disponível em: <http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/11.pdf>
96. Soares RG, Silveira PS, Martins LF, Gomide HP, Lopes TM, Ronzani TM. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estudos Psicol* [Internet]. 2011 [acesso em: 29 out 2014]; 16(1): 91-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n1/a12v16n1.pdf>
97. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo AS. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 21 set 2014]; 45(6): 1168-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000066&script=sci_arttext
98. Paula ML, Jorge MSB, Albuquerque RA, Queiroz LM. Usuários de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [acesso em 09 nov 2014]; 23(1): 118-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00118.pdf>
99. Vasconcelos SC, Frazão IS, Ramos VP. Grupo terapêutico educação em saúde: subsídios para a promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 30 set 2014]; 17(3): 498-505. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/25961/19041>
100. Orem ED. *Nursing: concepts of practice*. 6 ed. St Louis: Mosby; 2001.
101. Farias FLR, Furegato ARP. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva. *Rev latino – am enferm* [Internet]. 2005 [acesso em 23 set 2014]; 13(5): 700-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a14.pdf>
102. Tomm E, Roso A. Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2013 [acesso em 10 jul 2014]; 25(3): 675-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a16v25n3.pdf>
103. Tondin MC, Barros Neta MAP, Passos LA. Consultório de rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Rev Educ Public* [Internet]. 2013 [acesso em 04 ago 2014]; 22(49): 485-501. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929/730>
104. Silveira GL, Rodrigues LB. O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro – Ba. *Rev Psicol, Diversidade, Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 10 ago 2014]; 1(1): 95-122. Disponível em: <http://uniad.org.br/images/212-479-1-SM.pdf>
105. Silva MHN, Ávilla AL, Alves LSR, Reis IR, Rafael JC. Atenção básica e o uso de álcool e drogas por adolescentes: prevenção e conduta. *Rev Eletron Gestao e Saude* [Internet]. 2013 [acesso em 17 out 2014]; 4(2): 317-36. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/420/0>

106. Lolis D. Homicídios de jovens e segregação socioespacial em Londrina. *Semina: Cienc Soc e Humanas* [Internet]. 2011 [acesso em 04 out 2014]; 31(2): 221-40. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/5082/9446>
107. Britto IAGS, Britto ALGS, Alves JC, Sousa NR. Sobre o comportamento de consumir e depender de substâncias. *Vox Faifae* [Internet]. 2012 [acesso em 04 out 2014]; 4(1): 1-14. Disponível em: <http://www.faifa.edu.br/revista/index.php/voxfaifae/article/view/56/72>
108. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Public* [Internet]. 2008 [acesso em 07 out 2014]; 42(2): 664-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>
109. Brusamarello T, Maftum MA, Mazza VA, Silva AG, Silva TL, Oliveira VC. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2010 [acesso em 17 set 2014]; 9(4): 766-73. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13828/7196>
110. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 15 set 2014]; 22(3): 662-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012
111. Andrade MO. A religiosidade brasileira: o pluralismo religioso, a diversidade de crenças e o processo sincrético. *CAOS – Rev Eletr Cienc Sociais* [Internet]. 2009 [acesso em 17 out 2014]; 14: 106-18. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/6A%20religiosidade%20brasileira.pdf>
112. Carvalho MFA, Menandro PRM. Expectativas manifestadas por esposas de alcoolistas em tratamento no centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Rev Bras Promo Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 21 out 2014]; 25(4): 492-500. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2557/pdf>
113. Sanchez ZVDM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Public* [Internet]. 2008 [acesso em 08 out 2014]; 42(2): 265-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200011
114. Koenig HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2007 [acesso em 08 out 2014]; 34(suppl 1): 5-7. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/5.html>
115. Reinaldo AMS. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 09 out 2014]; 16(3): 536-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300016&script=sci_arttext
116. McWen M. Spiritual nursing care: state of the art. *Holist Nurs Pract*. 2005; 19(4): 161-8.
117. Backes DS, Backes MS, Medeiros HMF, Siqueira DF, Pereira SB, Dalcin CB, Rupolo I. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes

químicos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em 10 out 2014]; 46(5): 1254-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500030

118. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 10 out 2014]; 65(2): 361-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>

119. Giddens A. As consequências da modernidade. 5 reimpres. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

120. [Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2007. \[acesso em 20 ago 2014\] Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf)

121. Brasil. Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). Brasília: OBID, 2013.

122. Matos MTS, Pinto FJM, Jorge MSB. Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. Rev Baiana Saúde Public [Internet]. 2008 [acesso em 15 out 2014]; 32(1): 58-71. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1384/1020>

123. Pinheiro CPO, Silva RM, Mamede MV, Fernandes AFC. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 21 set 2014]; 16(4): 733-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_13.pdf

124. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. Rev Gauch Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 22 set 2014]; 33(2): 102-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/24646/19499>

125. Oliveira LMAC, Medeiros M, Barbosa MA, Siqueira KM, Oliveira PMC, Munari DB. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm. USP. 2010; 44(2): 429-36.

126. Lima HP, Braga VAB. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 22 set 2014]; 21(4): 887-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400020

127. Azevedo DM, Miranda FAN. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 21 set 2014]; 15(2): 354-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a19>

128. Rosa PO. Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico. Revista pan amazônica de saúde [Internet]. 2010 [acesos em 15 out 2014]; 1(1): 27-32. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v1n1/v1n1a05.pdf>

129. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de

2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: MS, 2012.

130. Gallina FS, Ormezzano G. Processo educativos estéticos no CAPS: uma cultura de paz. Interfaces – educação e saúde [Internet]. 2014 [acesso em 21 dez 2014]; 2: 113-26. Disponível em: <http://www.cneccsan.edu.br/revista/index.php/pedagogia/article/view/29/24>

131. Leon G. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

132. Raupp LM, Milnitsky-Sapiro C. A reeducação de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. Psicol teoria e prática [Internet]. 2008 [acesso em 14 out 2014]; 24(3): 361-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300013

133. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001. [acesso em: 27 dez 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

134. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate. 2008; 32: 27-37.

135. Brasil. Ministério da Saúde. Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no sistema único de saúde. Brasília, 2010. [acesso em 09 out 2014]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemus.pdf>

136. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. Physis [Internet]. 2010 [acesso em 09 out 2014]; 20(4): 1209-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008

137. Soares MH. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. SMAD – Rev Eletr Saúde Mental Álcool e outras Drogas [Internet]. 2008 [acesso em 17 ago 2014]; 4(2): 1-12. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762008000200006&script=sci_arttext

138. Ronzani TM, Castro PM, Formigoni MLOS. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agente comunitários de saúde. HU Revista [Internet]. 2008 [acesso em 10 jan 2015]; 34(1). Disponível em: <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/66/72>

139. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde Soc [Internet]. 2009 [acesso em 15 set 2014]; 18(1): 63-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>

140. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A prevenção do uso de drogas e a Terapia Comunitária. Brasília: SENAD, 2006.

141. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS e a Terapia Comunitária. Fortaleza: Ministério da Saúde, 2008.

APÉNCICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a) _____
esta pesquisa é sobre: **Desafios de Familiares Envolvidos no Processo de Cuidar de Dependentes Químico** e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Lorena de Farias Pimentel Costa aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof. Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha.

Os objetivos do estudo são: Revelar os desafios de familiares envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos, tendo em vista a importância de sua participação como coadjuvante nesse processo; Descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares no acompanhamento do tratamento do dependente químico; Identificar os tipos de apoio utilizados pelos familiares durante a busca pela reabilitação e inserção social e; Revelar as expectativas dos familiares em relação aos serviços de saúde como fonte de apoio às propostas de reabilitação e inserção social de seu parente dependente químico.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o conhecimento e divulgação acadêmica – científica e popular das ações estratégicas desenvolvidas por familiares cuidadores de dependentes químicos envolvidos no processo de tratamento e inserção social, mediante os desafios enfrentados para apoiar, como coadjuvante do tratamento, o dependente químico.

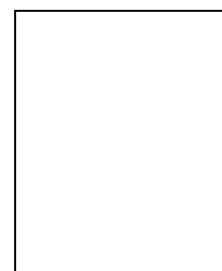
Portanto, solicitamos a sua colaboração em participar da entrevista, como também de sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em sigilo. Informamos que esta pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Assinatura da Testemunha

Espaço para impressão dactiloscópica

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: **Lorena de Farias Pimentel Costa**.

Endereço: Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I – Cidade Universitária. CEP: 58051-900. João Pessoa – PB.

Telefone: (83) 3216-7109

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

Telefone: (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

APÊNDICE B**ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM FAMILIAR
CUIDADOR**

Código de identificação do sujeito _____

Idade: _____

Sexo: _____

- 6) Conte-me um pouco sobre como tem sido para você conviver com um parente dependente químico em processo de tratamento?
- 7) Quais os desafios vivenciados por você durante esse processo?
- 8) Quais estratégias você tem encontrado para superar os desafios e favorecer a reabilitação do seu parente/amigo?
- 9) Que tipo de apoio você esta buscando/buscou para ajuda-lo (a) na recuperação do seu parente/amigo?
- 10) Quais suas expectativas em relação aos serviços de saúde para ajuda-lo (a) nesse processo de reabilitação?

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



Campina Grande
Prefeitura Municipal

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito que a mestranda Lorena de Farias Pimentel Costa, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, desenvolva sua pesquisa intitulada: “DESAFIOS DE FAMILIARES ENVOLVIDOS NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO EM BUSCA DA REABILITAÇÃO E INSERÇÃO SOCIAL”, com objetivo de “Revelar os desafios de familiares envolvidos no processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos, tendo em vista a importância de sua participação como coadjuvante nesse processo” no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad. Sob orientação da Professora Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha. Ciente dos objetivos da pesquisa acima citada, e que me são assegurados os requisitos abaixo:

O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;

A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;

Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;

No caso de não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma, concordo fornecer todos os subsídios para o seu desenvolvimento.

Campina Grande, 31 de março de 2014.

José Edison Rodrigues Junior
Coordenador do CAPSad.

Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e outras Drogas "CAPs ad"
Rua Amado de Albuquerque, 80 - Alto Branco
CEP: 58102-683 - CAMPINA GRANDE-PB.
CNPJ 24.513.574/0001-21

ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 30/06/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“DESAFIOS DE FAMILIARES ENVOLVIDOS NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO EM BUSCA DE REABILITAÇÃO E INSERÇÃO SOCIAL”** da Pesquisadora Lorena de Farias Pimentel Costa. Protocolo 0297/14. CAAE: 31639114.3.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Elaine Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618