



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SARA DUARTE CORDEIRO LEAL

**CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS: UM
ESTUDO JUNTO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS – CAPS-AD EM CAMPINA GRANDE – PB**

Orientadora: Prof^a. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira

CAMPINA GRANDE – PB
2015

SARA DUARTE CORDEIRO LEAL

CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS: UM ESTUDO JUNTO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD EM CAMPINA GRANDE – PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira

CAMPINA GRANDE - PB
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L433c Leal, Sara Duarte Cordeiro
Codependência em familiares de dependentes químicos
[manuscrito] : um estudo junto ao Centro de Atenção Psicossocial
álcool e outras drogas – CAPS-AD em Campina Grande-PB / Sara
Duarte Cordeiro Leal. - 2015.
33 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2015.
"Orientação: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira,
Departamento de Serviço Social".

1. Codependência. 2. Saúde mental. 3. Família. I. Título.
21. ed. CDD 362.29

SARA DUARTE CORDEIRO LEAL

CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS: UM ESTUDO JUNTO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD EM CAMPINA GRANDE – PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB) em cumprimento às
exigências para obtenção do título de
Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 27/02/2015
Nota: 9,5

Banca Examinadora

Sandra Amélia Sampaio Silveira
Prof.^a. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Orientadora)

Thereza Karla de Souza Melo
Prof.^a. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

Maria do Socorro P. de Souza
Prof.^a. Ma. Maria do Socorro Pontes de Sousa
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

A Deus, por ter me concedido chegar até aqui. Ao meu pai Tiago Duarte Cordeiro e a minha mãe Luzia Duarte Leal Cordeiro, pelo apoio, amor, compreensão e paciência. Essa vitória não é só minha, é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da minha vida, por me permitir concretizar esse sonho, me dando saúde, força, capacidade e fé para enfrentar os obstáculos, não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos da minha vida. Nada sou e nada tenho se não vier dEle. Agradeço-o pela presença constante em minha vida.

Aos meus pais, Tiago Duarte Cordeiro e Luzia Duarte Leal Cordeiro que são meu orgulho e meus maiores exemplos de vida. Sou muito grata por todo amor, por sempre terem investido na minha educação, pelo incentivo, dedicação, pelas orações e apoio. Quero um dia poder retribuir tudo o que sempre me deram, vocês são os pais que todos queriam e deveriam ter. O meu muito obrigada por tudo. Amo vocês.

Às minhas irmãs queridas, Sâmela Duarte e Adna Duarte, por sempre estarem ao meu lado, me apoiando, me ajudando, dando forças, pelas palavras de incentivo sempre que precisei, por todo amor. Amo vocês.

À equipe do CAPSad por ter me acolhido com tanto carinho e profissionalismo. Em especial, à assistente social Josilene Nascimento, minha querida supervisora de campo, agradeço por todo conhecimento passado, bem como a Lara Suerda, que foi de grande importância na reta final do meu estágio.

À minha querida turma de Serviço Social, amigos que construí ao longo da graduação e que vou levar sempre em meu coração. Agradeço, especialmente, as minhas amigas Daniele Belo, Christina Kênia e Milca Clementino por serem capazes de compreender as diferenças, aguentar meus momentos de crise, desabafos, pelas discussões nos trabalhos, seminários, pelas boas conversas, pelos momentos inesquecíveis que passamos juntas e por uma amizade linda que foi construída durante esses anos e levada para vida. A Milca Clementino deixo o meu muito obrigada pela disposição de sempre me ouvir, pelo apoio, puxões de orelha, pela confiança, pelos momentos que rimos, choramos, e por sempre poder contar com sua amizade.

Aos meus queridos professores de curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica. Em especial, as minhas queridas professoras Thereza Karla e Socorro Pontes que aceitaram o convite para compor a minha banca.

A minha querida professora e orientadora, Sandra Amélia Sampaio, pela paciência, incentivo, dedicação, pelos conhecimentos passados, e carinho que sempre estiveram presentes nesses quatro anos de universidade. A você, minha admiração e meu carinho, és um exemplo de profissional e de pessoa.

Aos meus queridos amigos que fazem parte da minha trajetória de vida e sempre torceram por mais essa vitória no meu caminho, deixo aqui alguns agradecimentos especiais: Katiana e Elisa, muito grata por todo apoio que sempre me deram, não só com relação à universidade, mas em todos os âmbitos da minha vida. Leandro Fabrício, obrigada por sempre me escutar e se fazer presente, seja nas minhas vitórias ou nas derrotas. Irene Tomaz, muito obrigada pelos conselhos, por acreditar na minha capacidade, pela amizade, pelos livros emprestados e por todo apoio. Rossandra Silva, minha mãe na fé, muito obrigada por toda atenção e carinho.

Aos meus irmãos da igreja Maranata, muito obrigada pelas orações, em especial, a minha querida mocidade, vocês são muito importantes na minha vida.

Infelizmente, não dá pra citar todas as pessoas que fazem parte da minha vida, mas deixo aqui meu carinho, minha admiração e gratidão a todos.

“Que todo o meu ser louve o SENHOR, e que eu não esqueça
nenhuma das suas bênçãos!”

Salmos 103:2

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1- Considerações sobre a Política de Saúde Mental	11
2 – Família e saúde mental.....	14
3 – Dependência química e o fenômeno da codependência.....	19
4–Expressão da codependência entre os familiares dos dependentes químicos do capsad e a importância dos mesmos no tratamento: os resultados da pesquisa	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

APÊNDICE

ANEXOS

CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS: UM ESTUDO JUNTO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS-AD EM CAMPINA GRANDE – PB

Sara Duarte Cordeiro Leal

RESUMO

O sofrimento mental repercute em vários aspectos presentes na vida das pessoas, sejam eles emocionais, sociais, culturais ou espirituais, afetando a todos (as) os envolvidos nesse processo. Na maioria dos casos, a família deseja diminuir a dor e o sofrimento do membro afetado através de uma superproteção. O presente trabalho teve por objetivo analisar como se expressa a codependência entre os familiares dos dependentes químicos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad, no município de Campina Grande-PB. Pautou-se em um estudo realizado no período de maio a julho de 2014. O critério de inclusão dos sujeitos pesquisados foi a participação nas reuniões de família, contabilizando uma média de 10 familiares. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. A pesquisa foi de caráter exploratório tendo uma abordagem quantiquantitativa dos dados coletados. A análise destes revelou que a codependência dos familiares dos usuários do CAPSad se expressa em sentimentos de impotência e de responsabilidade frente ao dependente químico. Constatou-se a importância do trabalho da instituição na medida em que os familiares veem no serviço uma oportunidade de melhorar a qualidade de vida não só de seu parente, mas também a deles, pois recebem orientação profissional nas reuniões familiares, no acolhimento ou no atendimento individual. Espera-se que o presente trabalho contribua para ampliar a compreensão da realidade dos familiares que convivem com um membro afetado pela dependência química e os desafios que perpassam o seu cotidiano.

Palavras-chave: Codependência. Saúde Mental. Família.

ABSTRACT

Mental suffering reflected in various aspects present in people's lives, whether emotional, social, cultural or spiritual, affecting everyone (as) involved in this process. In most cases, the family wants to reduce the pain and suffering of the affected member through overprotection. The present work aimed to analyze as expressed codependency between the families of addicted users Psychosocial Care Center Alcohol and drugs - CAPSad in Campina Grande – PB city. This study was carried out in the period from May to July 2014. The inclusion criteria of the people researched was the participation at family meetings accounting for an average of 10 families. Were used as data collection instruments, participant observation, field diary and a semi-structured interview. The research was exploratory having a quantiquantitative approach of the collected data. The analysis revealed that this codependency of the families of users CAPSad is expressed in feelings of helplessness and responsibility toward the addict. It was noted the importance of the institution's work in that family members see the service an opportunity to improve quality of life not only of his relative, but also theirs, they receive professional direction in family meetings in the host or service individual. It is hoped that this work will contribute to increase the understanding of the reality of family members who live with a member affected by chemical dependency and the challenges that go through your daily life.

Keywords. Codependency. Mental health. Family

INTRODUÇÃO

O fenômeno do uso de álcool e drogas é bastante complexo e possui uma grande magnitude ao tornar-se um problema de saúde pública, pois os efeitos dessas substâncias, além de atingirem a saúde e a qualidade de vida daqueles que são dependentes, afetam também os familiares e a sociedade.

A família é vista como uma peça fundamental no que se refere ao apoio que o dependente químico precisa durante seu processo de tratamento. Porém, um problema que vem ocorrendo é que muitas famílias passam a apresentar comportamentos de codependência, interferindo na vida e, principalmente, na saúde das mesmas, visto que conviver diretamente com o usuário é uma tarefa bastante árdua.

A codependência se manifesta de duas maneiras: como um intrometimento em todas as coisas da pessoa problema, incluindo horário de tomar banho, alimentação, vestuário, enfim, tudo o que diz respeito à vida do outro; e tomando para si as responsabilidades da outra pessoa (BALLONE, 2006).

Pautando-se nessa realidade, é de extrema importância tentar compreender o que esse familiar sente, bem como os seus medos, suas angústias, suas dificuldades enfrentadas no decorrer desse processo, suas perspectivas para o tratamento do membro da sua família que faz uso de álcool e outras drogas, dentre outras questões.

O interesse por essa temática ocorreu mediante minha inserção no estágio supervisionado em Serviço Social (período de setembro de 2012 a agosto de 2014) no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPSad, localizado no município de Campina Grande, quando foi possível, durante o período de observação, participando de algumas reuniões do grupo de família realizadas na instituição, compreender o que a convivência com um usuário de drogas causa nas pessoas, sejam elas pais, filhos, maridos, esposas.

Nessa perspectiva, o presente trabalho visou, de forma geral, analisar como se expressa a codependência entre os familiares dos dependentes químicos usuários do CAPSad. Estabeleceu-se como objetivos específicos: verificar quais as consequências da codependência para os familiares; compreender como a família percebe a atuação da instituição, tanto no que se refere ao tratamento do dependente, quanto no cuidado com a mesma; verificar como a família participa do tratamento do membro afetado; e, por fim, identificar como a equipe profissional dá suporte às famílias.

Acentua-se a importância desse estudo na medida em que o mesmo poderá ter tanto uma contribuição acadêmica quanto uma atenção maior voltada para a família, pois ao se ter a visão da família como parceira do tratamento de pessoas com dependência química, deve-se considerar as possíveis necessidades e dificuldades que permeiam esse grupo, além de que, muitas vezes o familiar adoece mediante as mudanças que ocorrem em sua vida, precisando também de um acompanhamento.

A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2014, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSSad, em Campina Grande, com 10 familiares que frequentavam as reuniões de família na época. A pesquisa tratou-se de um estudo de caráter exploratório e pautou-se em uma abordagem quantiquantitativa dos dados coletados, considerando que esta complementariedade permite um entendimento mais amplo dos fenômenos investigados. A coleta de dados foi feita mediante a entrevista semiestruturada, fundamentada em um roteiro.

A apresentação e análise dos resultados estão estruturados no presente trabalho em quatro itens. No primeiro, tecemos algumas considerações sobre a Política de Saúde Mental, discorrendo sobre o antes e o depois da Reforma Psiquiátrica, destacando quais avanços foram obtidos mediante a luta dos trabalhadores de Saúde Mental, usuários e família.

No segundo tópico, explanamos sobre família e Saúde Mental, discutindo sobre o conceito de instituição familiar, bem como as mudanças que a mesma vem sofrendo ao longo do tempo, inclusive quanto ao seu lugar nas políticas sociais, e acerca de sua importância no tratamento do dependente químico.

Na terceira parte, abordamos a dependência química e o fenômeno da codependência, destacando a importância de tratar não apenas o dependente, mas também o seu cuidador, pois, na maioria das vezes, este torna-se codependente.

No quarto e último item, nos detemos mais detalhadamente na pesquisa, situando a instituição na qual a mesma foi realizada, como também analisamos os resultados obtidos.

1- Considerações sobre a Política de Saúde Mental

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), em sua memorável publicação sobre a saúde no mundo, buscou despertar a consciência do público e dos profissionais para o ônus das perturbações mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos, visando proporcionar uma nova maneira de compreender as mesmas.

No relatório sobre a saúde no mundo, elaborado em 2001, a OMS traça dez recomendações para as ações em Saúde Mental, a saber: proporcionar tratamento na atenção primária; garantir o acesso aos psicotrópicos; garantir atenção na comunidade; educação em saúde para a população; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; formar recursos humanos; criar vínculos com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade; e, por fim, dar mais apoio à pesquisa.

Tais recomendações sinalizam mudanças significativas para a política de saúde mental, que durante muitos anos apresentou-se como desumana e excludente, já que anteriormente predominava a concepção de que os ditos “loucos” eram pessoas que deveriam se ausentar do convívio social, ficando reclusas em hospitais psiquiátricos, visto que os mesmos não se encaixavam nos padrões de normalidade apregoados pela “sociedade”, sendo, assim, julgados e responsabilizados pelos problemas sociais.

No Brasil, até a década de 1970, o tratamento do doente mental era pautado no modelo hospitalocêntrico, que excluía os “loucos” da sociedade e de seu convívio familiar, pois eram tidos como perigosos. Desse modo, as pessoas em sofrimento psíquico eram trancadas em hospitais, impedidas de terem contato com o mundo externo e, por vezes, recebiam um tratamento violento voltado para a patologia e não para o sujeito.

Instituições com esse modelo hospitalar permaneceu por longos anos, sendo reflexo de uma sociedade que repercute um padrão excludente. Segundo Panozzo e Couto (2012, p.128):

A trajetória da assistência em saúde mental efetivou-se com práticas excludentes, numa perspectiva manicomial. Essa prática tinha como propósito o isolamento dos usuários, tirando-os de seu meio de convívio. Foi somente com a organização dos movimentos sociais, representados pelos usuários, seus familiares e trabalhadores, que se iniciou a luta por uma assistência mais digna e que se puderam traçar novos modelos de cuidado para os usuários da política de saúde mental.

Os avanços referentes ao tratamento das pessoas em sofrimento psíquico só se tornaram possíveis a partir da contestação no final da década de 1970 do modelo que até então predominava, dando início ao processo de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, que, em 1978, teve como grande marco o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), fundado pelos trabalhadores da área e por seus familiares.

Em 1987, tal movimento iniciou uma conquista bastante plausível no II Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental, considerada como uma das maiores no campo da saúde no Brasil, denominada de luta antimanicomial, comemorada no dia 18 de maio. A partir desse processo, discutiu-se a insatisfação de como a saúde mental estava sendo conduzida.

Segundo Amarante (1995), o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil envolve três momentos: o primeiro refere-se à crítica ao modelo hospitalocêntrico que exclui, não trata; o segundo está relacionado à trajetória sanitária; e, por sua vez, o terceiro foi um grande marco ocorrido mediante a aprovação da Lei de nº 10.216 de 6 de abril de 2001(Lei Paulo Delgado), que diz respeito à proteção e aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Nos anos de 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, no qual são estabelecidas as condições institucionais para a implementação de novas políticas de saúde, entre elas, a de saúde mental. A partir da década de 1990, o Ministério da Saúde define uma nova política de Saúde Mental que, aos poucos, vai redirecionando os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, pautado em serviços de base comunitária.

Amarante (1995) frisa que a desinstitucionalização na saúde mental deve ser compreendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura e reforçam a instituição hospitalar como principal referência para atenção da saúde mental. Dessa forma, esse processo traz novos paradigmas na construção de redes substitutivas do paradigma hospitalocêntrico.

Com esse novo modelo de atenção, o hospital deixa de ser o centro do tratamento das pessoas Portadoras de Transtorno Mental - PTM, e passa a ser complementar. Desse modo, o paciente pode ser tratado mais próximo da convivência familiar e social, possibilitando ao mesmo ter a reapropriação da sua história de vida e do seu processo saúde/adoecimento.

Entre 1991 e 1992, foram aprovadas as Portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, oportunizando ao SUS o financiamento de programas de assistência extramuros para os portadores de transtorno mental e seus familiares (WAIDMAN, 2004; AMARANTE, 1995).

Os CAPS fazem parte dos serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica, cuja função é oferecer atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, com o intuito de diminuir internações psiquiátricas, articulando-se à rede de serviços da comunidade e favorecendo a reinserção dos mesmos na sociedade, tornando-se essenciais para o processo de desinstitucionalização. De acordo com a Portaria n.º 336/GM, que definiu e estabeleceu diretrizes para o funcionamento dos CAPS em 19 de fevereiro de 2002, os CAPS passam a ser categorizados por porte e clientela recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

A dependência química é uma doença que está inserida no contexto da saúde mental, sendo tratada prioritariamente no Centro de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas (CAPSad), e configura-se como a principal estratégia de atenção à saúde relacionada ao consumo de substâncias psicoativas.

Compete ao CAPSad o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, sendo esse um serviço especializado em Saúde Mental que atende pessoas com transtornos decorrentes do uso/abuso dessas substâncias, oferecido gratuitamente pela Secretaria Municipal de Saúde, cujo princípio fundamental é tratar o indivíduo em liberdade e promover sua reinserção social.

Mediante as considerações postas acima, são notórios os avanços na assistência em saúde mental, mediante a luta tanto dos trabalhadores da saúde, quanto dos usuários e seus familiares. Portanto, percebe-se um novo pensar e fazer no campo da saúde mental, pressuposto pela Reforma Psiquiátrica, com o propósito de articular melhor os cuidados do Portador de Transtorno Mental, procurando respeitá-lo em sua particularidade e estimular sua autonomia.

No próximo item, faremos uma breve discussão sobre a instituição familiar e sua importância na vida do indivíduo, bem como as transformações que a mesma vem sofrendo ao longo do tempo e sua relação com o Portador de Transtorno Mental.

2- Família e Saúde Mental

A instituição familiar é essencial na formação do indivíduo, referência básica da sua sociabilidade. Sendo a família um grupo social, Fukai (1998) aborda alguns pontos para a configuração da mesma, a saber: 1) Como unidade doméstica, que se ocupa primordialmente com as condições materiais, isto é, com a manutenção da vida (comer, vestir, abrigar e repousar); 2) Como instituição, representando um conjunto de normas e regras, historicamente construídas, que regem as relações de sangue, doação e aliança; e 3) Como conjunto de valores, definidos como ideologia, estereótipos, prescrições, imagens e representações sobre o que a família é ou deve ser.

Dessa maneira, atribui-se à família não apenas a função de sustentar os indivíduos, mas também a de construir sua identidade pessoal. Segundo Rosa (2008, p. 263), a família “representa a principal instituição balizadora das relações sociais, da construção da identidade pessoal, bem como espaço de solidariedade e reprodução material e ideológica”.

Sobre o entendimento da instituição familiar, é importante ressaltar que esta “é um fato cultural historicamente condicionado” (MIOTO, 1997, p.115), sendo sua organização

baseada no tipo de sociedade em que está inserida, isto é, ela muda de acordo com as determinações culturais, socioeconômicas e políticas de cada momento histórico.

Nesse contexto, a família do Brasil atual se depara com um processo de modificação em seu modo de organização nuclear tradicional – composta por pai, mãe e filhos morando no mesmo local. Isso está ocorrendo, sobretudo, por causa do ingresso da mulher no mercado de trabalho, bem como da existência de mulheres que cuidam sozinhas da família, e também devido à expansão do papel do pai no lar, que ultrapassa a função de provedor. Essas transformações causaram alguns desafios, como os de enfrentar ansiedades e receios diante da violência urbana, da falta de emprego, e do abuso de drogas (SILVA, 2001).

Assim sendo, as mudanças na sociedade impõem novas funções à família. No que se refere ao lugar desta nas políticas sociais, Vieira (2011, p.71) alega que “em tempos recentes observa-se que tanto nos países centrais, assim como no Brasil, há tendência de implantação de políticas e programas sociais com foco de atuação na família”.

Na discussão sobre a centralidade que a instituição familiar ocupa nas políticas sociais na contemporaneidade, destacam-se as reflexões sobre a proposta de desinstitucionalização promovida pela política de saúde mental brasileira, uma das bandeiras de luta do Movimento de Reforma Psiquiátrica, e seus rebatimentos na dinâmica familiar (VIEIRA, 2011).

Entretanto, esse modelo de desinstitucionalização traz em seu bojo novos desafios que precisam ser considerados e analisados criticamente. Um deles diz respeito ao papel da família, uma vez que cabe a ela a responsabilidade maior no cuidado do familiar com transtorno mental (GOMES apud JORGE; FRANÇA, 2001).

Com a desinstitucionalização promovida pela Reforma Psiquiátrica, a Lei n.º 10.216/2001 dispõe em seu artigo 2, inciso II, referente aos direitos da pessoa PTM, que esta deve ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001). Evidencia-se, portanto, um novo olhar para a família, sendo a mesma essencial para complementar o tratamento do PTM em seu processo de reinserção social.

Nessa perspectiva, a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que define medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, dispõe, em seu artigo 21, no que se refere a usuários e familiares, que constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais (BRASIL, 2006).

Logo mais, em seu artigo 22, especificamente no parágrafo II, é destacada a relevância de reconhecer o cenário cultural de usuários e familiares para reinserção social, assegurando que a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais (BRASIL, 2006).

Nas leis que regem os diferentes campos das políticas públicas, encontra-se a importância da atenção voltada para a família. Pode-se citar como exemplo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Política de Atenção Integral à Saúde Mental. Segundo Schwerz e Bellini (2012, p.80):

No campo da dependência química, o atendimento ao dependente químico integrado à família, à comunidade e aos demais serviços da rede que constituem a vida do sujeito se encontra preconizado nos decretos de Lei que determinam a política de atenção à dependência química. Esses reconhecem a fundamental importância da atenção integral no tratamento dessa demanda [...].

A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS¹, em seu Capítulo I, artigo 2, inciso I, define a proteção à família como um dos seus objetivos. Em seguida, no Capítulo II, Seção II, artigo 5, no que se refere às diretrizes, há um aprofundamento dessa proteção, quando frisa a “primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo”. Isso afirma legalmente a responsabilização do Estado com a proteção social às famílias, no sentido da garantia do atendimento às suas necessidades básicas (MIOTO, SILVA, 2007).

No artigo 226 da Constituição Federal do Brasil em vigor, é assegurado que a “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (1988, p.64). No entanto, a realidade tem mostrado uma desproteção das famílias brasileiras, com políticas sociais focalizadas, seletivas, num cenário marcado pelas privatizações neoliberais.

Nesse contexto neoliberal de desresponsabilização do Estado enquanto gestor das políticas sociais, eximindo-o de ofertar um amplo sistema de proteção social aos indivíduos, a sociedade e a família são sobrecarregadas, uma vez que passam a ser responsáveis pelo enfrentamento das diversas expressões da questão social, como o desemprego, a fome, dentre outras (VIEIRA, 2011).

¹A Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, dispõe sobre a organização da Assistência Social, representando um marco para o reconhecimento da assistência social como direito a qualquer cidadão brasileiro aos benefícios, programas e projetos socioassistenciais – Informação retirada do site: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-annotada-2009/lei-organica-de-assistencia-social-2013-loas-annotada>.

Consequentemente, os problemas socioeconômicos no modelo de sociedade que temos, agravados pelo neoliberalismo (agrava as fragilidades na proteção social brasileira), refletem na saúde mental das pessoas, visto que o desemprego, os baixos salários, a insegurança no trabalho, a culpabilização dos trabalhadores por seus “fracassos” no mercado de trabalho, dentre outros, os deixam com medo de não conseguir sustentar sua casa, pagar as dívidas e assegurar seu status perante a sociedade. A vida dos indivíduos é afetada não só financeiramente, mas também nas suas relações familiares, pois tais problemas tendem a gerar conflitos, depressão, isolamento, e sentimentos de impotência.

Quanto à política de saúde mental, numa nova perspectiva, as famílias continuam sendo responsabilizadas, agora sendo chamadas a cuidar diretamente de seus parentes com o retorno destes ao convívio social, após passarem um longo tempo internados.

Nesta lógica, a ideia de “centralidade na família”, como difusão ideológica da revalorização da família nas políticas públicas, se constitui uma das estratégias de privatização do Estado neoliberal, que justifica a ampliação da responsabilização das famílias com a sua própria proteção social. No entanto, a possibilidade de as famílias realizarem a proteção e a inclusão social de seus membros só poderá ser efetivada se antes elas forem protegidas pelo Estado (MIOTO; SILVA, 2007, p. 7-8).

Frequentemente, verifica-se que no momento em que a família se sente só, com uma carga grande que é a responsabilidade de cuidar do parente portador de transtorno mental, a tendência é que a mesma se afaste da sociedade e até dos outros familiares, por temer o preconceito, a violência e também a culpabilização pelo adoecimento do parente.

Devido ao preconceito ainda existente na sociedade contra portadores de transtorno mental e ao pouco conhecimento sobre a doença mental, há uma tendência dos familiares a se isolarem do ambiente social, afastando-se de amigos e de outros familiares, não comparecendo a festa e eventos. Tal situação pode ser observada com mais profundidade naquele familiar que fica diretamente responsável pelo cuidado do portador de transtorno mental (na maioria dos casos a mulher, no papel de mãe, irmã, esposa, filha, etc.). (PEREIRA, 2008, p. 254).

Em geral, os cuidados de um parente PTM ficam a cargo das mulheres e isso ocorre, como frisa Rosa (2008, p.275), pelo fato de que “o provimento de cuidado e as relações que lhe são consideradas próprias foram historicamente construídas”. Visto que a mulher cria um vínculo com o filho desde a gestação, pautando-se na questão de gênero, a sociedade remete a ela a figura de cuidadora, como se, em virtude da relação mãe-filho ser muito forte, determinasse que o cuidado para com a prole precisasse necessariamente advir da mãe.

A presença de um parente com dependência química também acarreta modificações no funcionamento da família. Os problemas com o álcool e outras drogas no contexto familiar

tem como resultado situações de muito estresse, visto que a família é afetada em meio a todo esse processo.

Um problema existente, mas desconhecido por muitos, é que a maioria dos familiares se comporta de acordo com as atitudes do dependente químico e, frequentemente, não percebe que faz isso de forma compulsiva, tornando-se, assim, um codependente. Beattie (2007, p.49) em seu livro *Codependência Nunca Mais*, define o codependente como “uma pessoa que tem deixado o comportamento de outra afetá-la e é obcecada em controlar o comportamento dessa outra pessoa”.

O conceito de codependência como uma obsessão familiar sobre o comportamento e bem estar do dependente, em que o eixo da organização familiar passa a ser o controle do consumo alcoólico, foi introduzido por Wegsheiderer (1981 *apud* ZAMPIERI, 2004). Nesse contexto, dentre outras características, a mais pertinente é a do cuidado em excesso com o outro (nesse caso, com o dependente químico), deixando de viver sua própria vida, anulando-se enquanto pessoa.

Importa reter que é imprescindível para a família afetada por essa situação o apoio da instituição a qual o parente está inserido, para que o familiar possa compreender a dependência química como uma doença que precisa ser tratada, uma vez que o sofrimento é de ambas as partes (tanto do usuário quanto do parente), tornando-se, então, indispensável o apoio do profissional ao codependente.

Nesse contexto, trabalhar em uma perspectiva de rede de apoio à família significa trabalhar para que os vínculos da família e sua rede sejam reconectados, na construção do fortalecimento da autonomia dos sujeitos a partir do reconhecimento de sua rede de pertencimento, na tentativa de auxiliar as pessoas a contatarem com aqueles que fazem parte da sua história. (Schwerz e Bellini, 2012, p. 95).

Portanto, à medida que a família é incluída na abordagem do serviço, ela passa gradualmente a compreender melhor a natureza do transtorno, e aprende a lidar com sua “sintomatologia”, adaptando-se melhor à situação que está enfrentando.

Nesse sentido, não há como falar de dependência química e relação familiar sem levar em conta a possibilidade de ocorrer a codependência. Como bem explica Roberto Ziemer, psicólogo social e terapeuta, num artigo do Instituto Brasileiro de Plenitude Humana: “a codependência é a doença da perda da alma ou de nossa verdadeira identidade. É uma maneira de sobreviver a situações dramáticas e crescer em ambientes inseguros e dolorosos” (ZIEMER, 2005). Iremos discorrer sobre esse tema no item a seguir.

3 – Dependência química e o fenômeno da Codependência

Desde a antiguidade, o homem usa substâncias extraídas da natureza, para obter medicamento e veneno, ou até mesmo para alterar seu estado de ânimo e percepção, sendo esses procedimentos vistos como meio de atender às suas necessidades. As substâncias não produzidas pelo organismo, que causam modificações ao seu funcionamento, são designadas drogas e quando elas agem diretamente no sistema nervoso central são denominadas psicoativas ou psicotrópicas (COLETT, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), citado por Nicastri (2013, p.19), droga “é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento” Do ponto de vista jurídico, a Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), em seu parágrafo único do art. 1, define: consideram-se como drogas as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União (BRASIL, 2006).

Estudos da OMS estimam que de 10 a 15% da população mundial sofre de dependência química. No Brasil, o consumo de drogas está a cada dia mais intenso, sendo essa uma área na qual vem ocorrendo transformações de concepções e práticas, acarretando em algumas estratégias de reorganização do modelo de atenção, no contexto da reforma psiquiátrica.

A dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua ou periódica para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva (CEBRID, 2006).

Dessa forma, não se pode falar da dependência química com preconceitos, é necessário que esse tema seja abordado em sua complexidade. É fundamental entender que a dependência química não é “culpa” do dependente, nem um problema moral, como muitos definem, mas sim uma doença e, como tal, precisa ser tratada. Além disso, é um fenômeno complexo que não atinge apenas o usuário, pois envolve a família como um todo e vem se tornando um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

O tratamento da dependência química também é complexo e desafiador. Sem dúvidas, é importante cuidar do dependente e acompanhá-lo quando ele estiver nesse processo. Porém, muitas vezes, o familiar responsável por esse cuidado perde a noção dos limites que o parente adoecido precisa ter, bem como a intensidade e o grau de envolvimento. Essa é uma das

características de um codependente, pois o mesmo passa a se preocupar em auxiliar o outro e não ajuda a si mesmo.

Parizi (2003) ressalta que o codependente é motivado pelo desejo de mandar no outro, de transformá-lo e de mudar seus relacionamentos, frisando que o mesmo não é pautado na perspectiva de respeitar a pessoa, mas de ensinar o que acredita ser melhor para ela.

A codependência torna a família vítima dos cuidados exagerados ao dependente químico, o que acaba mudando a rotina e toda a estrutura familiar, visto que, quanto mais o codependente se esforça para fazer com que o usuário abandone o vício e pense no seu futuro se continuar consumindo o álcool e outras drogas, mais se destrói emocionalmente e fisicamente.

Dessa maneira, Zampieri (2004) defende que o acúmulo de funções no cuidado do dependente ao longo do tempo e as estratégias que os familiares desenvolvem para adaptar-se a essa convivência podem gerar um quadro de codependência. No caso da dependência química, isso pode ser entendido como uma preocupação constante de cuidar do dependente químico, já que a situação de ter um membro assim implica num grande estresse na família, demonstrando que esta também pode adoecer e que merece uma atenção especial no tratamento.

É de extrema relevância que, além do dependente, o familiar também seja acompanhado pela instituição, visto que o sofrimento é de ambas as partes, tanto da família quanto do parente acometido, sendo indispensável o acompanhamento profissional ao codependente. Schwerz e Bellini (2012, p. 87) afirmam:

Nesse sentido, o atendimento ao sujeito dependente químico e sua família é entendido como um processo que implica uma escuta ativa, visando à criação de um espaço para o diálogo com avaliação de interesses e necessidades, com uma análise de causas e soluções, e planejamento de ações inovadoras a partir das possibilidades e circunstâncias que estão sendo vivenciadas no momento.

Logo, torna-se necessário o trabalho com essas famílias, seja pelo atendimento individual ou pela coletividade, a exemplo da reunião familiar, em que há exposição de sentimentos, desabafos, troca de experiências, etc. Sobre esta última, Melman (1998, p.122) a define como sendo uma “valiosa ferramenta para ampliar a capacidade de lidar com os problemas”, pois, com esse trabalho, os familiares podem se identificar com a história dos outros que passam ou passaram por situações parecidas, podendo diminuir a sensação de isolamento e de abandono, bastante comum entre eles.

Ressalta-se, então, a importância de ficar atento aos sinais e sintomas da codependência, para que seja possível atuar junto aos familiares, uma vez que na assistência ao dependente

que se encontra em tratamento, dar atenção também à família é fundamental (WENZEL; PAULA, 2010).

No próximo tópico, apresentaremos os resultados da pesquisa, mostrando de que forma a codependência se expressa nos parentes dos usuários de drogas do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, visto que a convivência com o dependente químico pode gerar sentimentos de vergonha, medo, raiva, dor, dentre outros.

4 - Expressão da codependência entre os familiares dos dependentes químicos do CAPSad e a importância dos mesmos no tratamento: Os resultados da pesquisa

A pesquisa que fundamentou o presente trabalho objetivou analisar como se expressa a codependência entre os familiares dos dependentes químicos do CAPSad, pretendendo identificar de que forma eles tratam seus parentes adoecidos, como também saber seu ponto de vista sobre o tratamento da instituição, tanto para os usuários quanto para eles.

A partir da minha inserção no campo de estágio (no período de setembro de 2012 a agosto de 2014), no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, localizado no Município de Campina Grande, foi possível observar, nas reuniões familiares, depoimentos de pessoas que anulam sua própria vida em função do parente adoecido.

O CAPSad² disponibiliza um serviço gratuito, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde, que visa atender jovens e adultos de ambos os sexos com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas do álcool e outras drogas, por meio do desenvolvimento de um projeto terapêutico elaborado pelos profissionais junto aos usuários, no qual é estabelecido os dias e horários que eles devem comparecer à instituição para participar das atividades oferecidas.

A pesquisa foi feita no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), localizado na rua Arnaldo de Albuquerque, nº80, no bairro Alto Branco, CEP: 58102-585, na cidade de Campina Grande – Paraíba, contando com a participação de 10 familiares entrevistados, tendo como critério de inclusão aqueles que participavam das reuniões de família realizadas na instituição. A idade dos participantes variou de 23 a 56 anos, sendo 20% na faixa etária que contempla dos 23 a 35 anos, 20% de 43 a 50 anos, e a maior porcentagem deu-se entre os de idade de 51 a 56 anos, o que corresponde a 60%.

Entre os sujeitos entrevistados, observou-se a predominância considerável do sexo feminino, sendo 90% da amostra composta por mulheres. Em relação ao grau de parentesco,

² Informação retirada da Caracterização da instituição feita pelas estagiárias de Serviço Social, 2013.

identificou-se que 50% dos entrevistados são mães, 10% é pai, 20% são irmãs e 20% são esposas.

Tais dados corroboram resultados de outras pesquisas, que mostram que a “mulher é a principal responsável pela harmonia do binômio saúde-doença no contexto familiar, à medida em que incorpora os problemas e os cuidados com os familiares, seja na tomada de medidas preventivas domésticas ou na procura por serviços de saúde” (DIAS et al., 2011, p.230).

No decorrer das falas dos familiares, referente ao momento da descoberta da dependência química e de como a mesma ocorreu, a maioria (60% dos entrevistados) frisa que percebeu o uso das substâncias psicoativas após uma mudança de comportamento do usuário, como demonstram os discursos abaixo.

Quando ele mudou o comportamento e começou a ficar agressivo, ai a gente foi notando a diferença, né? Era o álcool e depois do álcool veio o craque [...] (Familiar 1).

Descobri que ele usava vendo as atitudes dentro de casa, né? Ele chegava agressivo, às vezes dormia fora de casa e dava muito trabalho quando bebia [...] (Familiar 6).

Já faz muitos anos que ele consome o álcool, a cerveja, só que esse ano, faz uns 4 meses que começou a beber todo dia [...] (Familiar 5).

Ele começou a beber logo cedo, ele tinha parece que 14 anos, porque minha mãe já vem de uma família sabe? e eu não escondo isso não, minha mãe já bebia, meu pai, eu [...] (Familiar 3).

Quando questionados sobre a reação deles logo após a descoberta da dependência química, constatou-se que os familiares entrevistados, apesar do desespero e da angústia no momento, deram apoio ao seu parente. Entretanto, mencionaram que houve a tendência de outras pessoas da família, como esposas, irmãos, mães, dentre outros, desprezarem o usuário e até mesmo abandoná-lo por não aceitarem aquela situação. Esses fatos são descritos nas falas que se seguem.

Entender que era a hora que ele mais precisava da nossa presença, né? porque ele já tinha sido abandonado pela esposa, né? Aí a gente acolhemos ele dentro de casa até hoje [...] (Familiar 1).

[...] A família despreza, tem um irmão dele que tá preso, porque roubava para usar a droga, está no presídio, daí a mãe dele não lutou porque não tem sabedoria, não tem sabedoria de como agir, aí eu que corro atrás, eu que batalho, eu que faço, é uma luta diária [...] (Familiar 2).

Importa frisar, ainda, que alguns familiares se apegam ao lado espiritual para continuarem a luta. Sobre isso, Moreira-Almeida et al. (2006) afirmam que as crenças religiosas fornecem apoio através do reforço da aceitação, resistência e resiliência, gerando paz, auto-confiança, perdão a si próprio e as demais pessoas, doação e auto-imagem positiva. Tal situação pode ser identificada na fala de um familiar:

Eu fiquei ruim, mas não podia fazer nada, o que eu fazia era orar, pedia pra ele orar, ia pra igreja, me apeguei ao lado espiritual (Familiar 6).

Notou-se que, quando uma pessoa se torna dependente de uma substância, seu comportamento, seu modo de ser e suas relações mudam, e o indivíduo passa a viver no mundo particular das drogas. Desse modo, o seu estado natural enquanto ser humano vai sendo modificado, como também sua forma de se relacionar com o mundo, o que pode causar estranhamento nas pessoas mais próximas e implicar mudanças da parte delas (SCHWERZ; BELLINI, 2012). Isso pode ser comprovado no relato de um dos entrevistados:

Não tenho quase mais relação com ele, às vezes ele vem me pedir dinheiro, às vezes vou na casa dele, porque ele mora só, né? [...] ele é muito arreadio, para ele manter o álcool na vida dele, ele faz alguns serviços, para se livrar do pai, de mim, entendeu? (Familiar 9).

Com isso, a rotina de toda a família passa por alterações, visto que ter um usuário em casa demanda tempo, paciência e dedicação. Cada familiar reage de um modo particular, mas a maioria enfatiza o cuidado excessivo, muitas vezes passa a tratar o parente adoecido como criança, como demonstra as falas dos entrevistados abaixo:

Nós temos ele como um bebê dentro de casa, é isso que a gente sofre, porque a gente pensava que ele ia voltar ao normal e agora tá se complicando, né? (Familiar 1).

[...] a gente lida como se fosse uma criança, tentando animá-lo [...] fico muito assim de olho, fico assim, sempre acompanhando, telefone, né? Eu fico sempre na escuta, porque só a gente que passa é que a gente sabe a dor quando tem uma recaída. (Familiar 8).

Quando questionados sobre suas opiniões a respeito da dependência química, 60% dos entrevistados a caracterizaram como sendo uma doença, 20% a definiu como sendo fraqueza do ser humano e 20% a considerou como sendo o pior sofrimento da vida. Os seguintes discursos evidenciam isso.

É triste, é uma doença muito triste viu? Muito sofridora pra família e é uma doença que o povo diz que não tem cura (Familiar 4).

[...] Meu filho é fraco, é a fraqueza e quem é fraco continua, porque a bebida, a droga, ela só domina quem é fraco, quem tem força de vontade consegue (Familiar 9).

O pior sofrimento da vida, tanto para o paciente, né? Quanto para nós que somos mãe, sofre a família inteira, pai, mãe, irmão, irmãs (Familiar 1).

Através dos relatos dos entrevistados, percebe-se que a maioria considera a dependência química como uma doença. Todavia, alguns participantes a definem como safadeza ou fraqueza do ser humano, como o entrevistado abaixo.

As irmãs dele dizem que ele é um safado, que é safadeza, isso é falta de peia, pra elas é desse jeito, mas pra mim é uma doença, sabe por que eu digo que é uma doença? Porque quando ele tá sem beber ele anda bem direitinho, compra as coisas

dele, compra óculos, relógio, abre uma poupança pra ele, daí quando ele começa a beber ele destrói tudo, tênis, roupa, celular, relógio, tudo, tudo ele vende, fica sem nada, e porque não é uma doença? Se eu vejo ele de um jeito quando ele tá bom e quando ele tá bêbado vejo outra, isso é uma coisa destruidora, uma coisa feia, pra mim é sim uma doença (Familiar 7).

Dessa forma, verifica-se o quanto é necessário os familiares entenderem esse tipo de dependência enquanto doença, como também os prejuízos que decorrem dela, para que possam desmistificar os julgamentos morais, possibilitando-os, assim, tanto a contribuir com o tratamento do dependente quanto a melhorar a relação com seu parente.

Um problema que vem ocorrendo com grande parte dos familiares de dependentes químicos é o comportamento de codependência, que interfere na vida e, principalmente, na saúde dessas pessoas, visto que conviver diretamente com o usuário é uma tarefa bastante árdua.

Através da análise dos dados coletados, constatou-se que todos os familiares entrevistados, sendo em maior ou menor grau, apresentam um quadro de codependência, em sentimentos e comportamentos manifestos, como: culpa, cuidado excessivo, medo, desconfiança. Além disso, comprovou-se a conduta codependente quando, em seus discursos, esses indivíduos expressaram sofrimento, adoecimento (tanto físico quanto psíquico), superproteção, dentre outros.

Frequentemente, pessoas que não vivenciam a situação culpabilizam os familiares por terem um parente usuário de drogas e, em outros casos, os próprios familiares sentem-se culpados por estar vivenciando aquela situação.

No entanto, em relação ao universo pesquisado, quando os participantes responderam à questão “você ou algum outro parente já se sentiu culpado por esse problema estar ocorrendo na sua família?”, 70% alegaram que não sentem culpa, já que nunca deram motivo para que seu parente usasse drogas. Entre os 30% que relataram sentir culpa, 10% destacaram que é o próprio usuário que os culpabilizam por ele estar naquela situação, enquanto os outros 20% disseram que se sentiam culpados por suas atitudes anteriores, fato demonstrado pelos discursos abaixo, respectivamente.

Sim, ele sempre bota esse sentimento de culpa em mim [...] sempre que ele começa a beber procura um motivo para me culpar [...] (Familiar 7).

Sim, minha irmã que sente porque ela gosta de beber [...] e também a gente bebia muito na casa dela (Familiar 9).

Sim, eu acho que assim pelas minhas atitudes antes, eu era uma pessoa que eu não tava nem aí com a família, eu só vivia em festas e baladas [...] família pra mim não existia, né? (Familiar 4).

Quando questionados se já disseram sim para o usuário querendo dizer não, a maioria dos entrevistados respondeu positivamente, justificando que isso ocorria devido ao medo do dependente ter uma recaída ou quebrar as coisas em casa, e também por sentir pena, ou pela tentativa de protegê-lo, com a explicação de que é melhor que ele use a droga em casa do que fora. Seguem algumas falas:

Sim, assim quando ele está querendo usar a droga, que é de partir o coração e fica dizendo: minha filha por favor me dê, me dê, é como se fosse uma criança pedindo um doce[...] eu já cedi a ele, já fui com ele, aí depois eu fui entender: meu Deus eu tô matando ele e a partir de hoje eu não vou dar mais, porque eu tô matando ele, eu tô alimentando o vício, entendeu? (Familiar 2).

Sim, por medo de dizer não, uma coisa que não tinha nada a ver, mas eu tinha medo de dizer não e ele se revoltar, quebrar minhas coisas e até de ter uma recaída (Familiar 4)

Sim, disse para poder não ver ele indo buscar fora, de abrir a porta e ir, porque ele é desses que diz eu vou embora e vai mesmo [...] A gente sofreu muito, principalmente eu e mãe, que a gente que fica em casa [...] (Familiar 8).

Através dos relatos dos familiares, quando questionados sobre a proteção com relação ao usuário, observou-se que a maioria (90% dos entrevistados) superprotege o seu parente acometido. Conforme Rosa (2008, p. 298-299), “[...] as desconfianças passam a exigir do cuidador cada vez maior envolvimento temporal em vigilância [...] [e] os cuidadores tendem a desenvolver uma hipervigilância [...]”. O medo de que o dependente saia com “amigos” para usar drogas faz com que os familiares o tranquem dentro de casa, numa tentativa de protegê-lo de outras pessoas da família que o criticam, como também da sociedade. Isso pode ser identificado nos discursos abaixo:

Sim, o cuidado que tenho por ele é muito forte, se a gente pudesse sentava ali ao lado dele 24 horas, que a gente tem medo de ele chegar lá fora, encontrar os amigos e jogar ele mais para o fundo do poço, no poço que ele já está, né? (Familiar 1).

Sim, protejo e não quero ninguém dizendo tanto assim com ele [...] Muitas vezes eu trancava ele, ficava com ele e dizia: não vai, você não vai, vai passar a vontade e ele chorava, chorava e dizia: minha filha isso não vai passar e eu dizia: vai, aí eu dava o remédio a ele, aí ele passava o dia, porque se ele passar um dia sem usar para mim já é uma vitória (Familiar 2).

Ocorre, mas sempre frisando que eu falo por mim, né? Da minha parte e até da parte das irmãs deles, só falta botar comida na boca dele, fica protegendo ele (Familiar 4).

Observa-se que muitos familiares, depois que descobrem a dependência química do parente, passam a se responsabilizar ainda mais com relação ao cuidado do mesmo. Ao serem questionados sobre essa temática, responderam:

Sim, me sinto, com certeza né? Porque a partir do momento que Deus colocou ele na minha vida, não é porque ele está desse jeito que eu vou desprezar, ele só tem a mim porque a mãe dele já disse: se ela lhe deixar ele vai se acabar (Familiar 2).

Demais, porque é o seguinte, mãe é responsável sempre pelos filhos e quando temos um problema desses nós vigia 24 horas (Familiar 4).

Sim, me sinto responsável assim, porque ele é meu marido, um companheiro que eu quero seguir com ele a vida toda, então o que acontece com ele ou o que acontecer comigo, um tem que cuidar do outro, é por isso que eu me sinto responsável (Familiar 5).

Sim, porque mãe, né? é um responsável que passa até do limite, porque a gente nem ver o nosso lado, pois quando chega a hora eles não quer saber, eles não ver o lado da gente e é o que eu digo sempre a mãe e a minha irmã: tem hora que eu fico pensando que vai dar até um negócio em mim e isso seria até pior porque se der e morrer é bom, porque morreu, acabou, né? Fica só lembranças para aquele que vai ficar e se ficar doente, vou ficar só sofrendo em cima de uma cama e não vou dar jeito e isso a gente tem que aprender cada vez mais, pra eu poder olhar um pouco pra mim, porque eu me preocupo muito com ele (Familiar 8).

Por meio dos relatos, percebe-se que, por assumir toda a responsabilidade, o parente que cuida do usuário deixa de viver sua própria vida para viver em função do outro, anulando-se como pessoa, na maioria das vezes. A psicóloga Cassandra Borges Bortolon, supervisora do Ligue 132³, ressalta:

A codependência ocorre quando familiares de usuários de drogas tentam resolver os problemas do usuário, como, por exemplo, por meio do pagamento das suas dívidas e da assunção de tarefas e de funções que são de responsabilidade do usuário, ao mesmo tempo em que estes familiares deixam de cuidar de sua própria saúde.

Quando questionados se já haviam assumido alguma responsabilidade do usuário, seja pagando suas contas ou até mesmo resolvendo algum problema, 80% dos participantes responderam que sim. Acerca disso, algumas falas recebem destaque:

Sim, já faço isso sempre, é tanto que ele não pode nem pegar em dinheiro, ele não pega, cartão de crédito, tudo sou eu, conta, tudo sou eu, tudo, ele nunca chegou em casa e foi comprar um real de pão, ele não pega, não pode pegar em dinheiro. Depois da dependência só sou eu, de cinco anos pra cá, vai fazer 5 anos dia 30 de julho que estamos juntos, tudo sou eu. Ele nunca teve condições de pegar em dinheiro (Familiar 2).

Sim, eu ajudo ele porque ele não pode trabalhar, né? Aí pronto (Familiar 6).

Sim, já, muitas vezes [...] quando ele foi preso muita gente se juntou para pagar a fiança dele [...] (Familiar 9).

Mediante os discursos acima, nota-se que esses familiares assumem responsabilidades que não são suas em prol do bem estar do parente, e tornam-se sobrecarregados emocionalmente, fisicamente e financeiramente. Isso acontece porque eles não compreendem que, agindo dessa forma, o dependente químico não percebe por completo as consequências

³ O "Ligue 132" é um serviço gratuito e que funciona 24 horas por dia. O serviço fornece orientações e informações sobre o tema das drogas. Atende a todas as regiões do Brasil. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=107665> Acesso em 3 de novembro de 2014.

do uso das drogas e fica isento de suas próprias responsabilidades diante de qualquer problema que apareça, pois o mesmo sabe que sempre haverá alguém para resolver por ele.

Considerando isso, é fundamental que os familiares tenham consciência que a atitude de se responsabilizar pelos problemas do parente não o beneficia, pelo contrário, o acoberta e, assim, atrapalha o seu tratamento. Nessa perspectiva, segundo Bortolon (2014), essas pessoas necessitam de auxílio para compreenderem que o usuário precisa pensar sobre seu consumo e, a partir disso, mudar sua conduta.

A participação familiar no tratamento do dependente químico é essencial, pois, inseridos na instituição, passam a ter melhor entendimento sobre a dependência química, bem como aprendem a lidar com o dependente e reconhecem a importância da medicação e de cada conduta adotada no processo. Dessa forma, contribuem para o progresso no tratamento do seu parente adoecido.

Além disso, a participação dos familiares nas reuniões oferecidas pela instituição serve de alento para muitos deles, visto que desabafam, trocam experiências e percebem que existem outras pessoas com problemas semelhantes, e, assim, se ajudam e se apoiam.

Ao responderem à questão acerca da opinião deles sobre a participação da família no tratamento do usuário, 100% dos entrevistados enfatizaram o quanto consideram importante a comunicação entre família e instituição, uma vez que é através dela que relatam como o usuário se comporta fora da instituição, debatem e desabafam a sua situação e a do seu parente nas reuniões familiares, nas conversas com os psicólogos e com os demais profissionais. Abaixo, são mostrados trechos dos discursos de alguns dos entrevistados.

É tudo, eu acho muito importante, se não for a família, conversar com os psicólogos, participar das reuniões, é meu tudo [...] É tanto que meu dia é hoje pra eu chegar aqui (dia da reunião de família), ouvir, né? Passar pra ela (a profissional que fica na reunião) o que eu estou passando e aqui é a casa da confiança, eu creio que para mim, né? (Familiar 1).

Ah! Depois da minha participação eu estou muito feliz, ele nem queria que eu estivesse aqui, mas eu digo: eu vou, se o médico marcou, é pra a gente ir [...]Eu disse a ele que se eu pudesse eu quem vinha todo dia pra cá, porque é aonde eu estou encontrando apoio (Familiar 2).

Tudo, a família no tratamento do dependente é tudo. Eu acho assim, por exemplo, as reuniões familiares ajuda a você se esvaziar um pouco e você só aprende, né? Porque escuta os outros e as histórias dos outros é sempre uma lição a mais pra você saber lidar com aquele problema que você tá passando em casa, né? (Familiar 4).

[...] Eu acho muito importante, pena que muitas famílias não acham isso, mas eu acho, muitas não comparecem às reuniões. Depois que eu entrei aqui aprendi a lidar mais com ele, eu ainda não estou 100%, mas já clareou muito. Eu sabia que a dependência química era uma doença, mas eu não tinha aquela visão de lidar com ele, eu vim aprender aqui (Familiar 7).

Apesar da valorização e reconhecimento da importância do grupo de família, presente nas falas anteriores, é preocupante o fato de muitos familiares não comparecerem à instituição. Muitos parentes vão apenas para o atendimento médico, fato este constatado através da coleta de dados, pois foi bastante difícil completar as entrevistas com 10 familiares que frequentemente participam das reuniões.

Ao serem perguntados sobre suas opiniões referentes ao tratamento do CAPSad, os familiares alegaram uma melhora significativa, tanto nas suas relações com o usuário quanto na vida deste. Essa questão pode ser confirmada nos relatos que se seguem.

É um excelente tratamento, porque do jeito que eu vi ele e ele hoje graças a Deus tá melhor, o CAPS ajuda bastante (Familiar 3).

Muito bom, depois que ele foi pro CAPS ele parou de beber, mudou também em casa, agora tá mais consciente, não quer beber mais (Familiar 10).

Ele fica mais calmo quando vem pra cá, ele é meio impaciente, nem dormindo ele se aciqueta, mas quando ele vem pra cá ele fica mais calmo (Familiar 7).

Eu acho importante, porque ainda bem que existe o CAPS né, que é aqui onde a gente encontra apoio psicológico, de psicólogos, na parte da psiquiatria, tem as meninas aqui também das oficinas, o apoio familiar, e é assim super importante, muito importante, eu estou gostando. (Familiar 2).

[...] Eu acho a instituição uma ótima saída para a gente ficar melhor, eu desabafo, já fiz amizades aqui, tenho minhas colegas [...]fico muito triste quando eu chego aqui e os familiares não vem, eu acho que se vinhesse ao menos 5 ou seis familiares era bom demais. A troca de experiência é muito importante (Familiar 7).

Em relação à avaliação dos entrevistados sobre o serviço prestado pela instituição aos familiares, todos enfatizaram que os profissionais fazem um excelente trabalho e destacam o quanto suas vidas mudaram depois que eles, junto ao dependente, foram inseridos na instituição:

Eu tô achando muito bom, o médico ele é assim bem realista, aconselhou muito bem ele e a reunião também é muito boa, a gente saiu daqui até mais renovada no dia que viemos, eu tô gostando muito, é muito acolhedor (Familiar 5).

Eu avalio assim, tanto do tratamento médico até as meninas da cozinha, eu acho um excelente trabalho que eles faz, todos eles, não tenho o que dizer (Familiar 3).

Destaca-se, abaixo, a fala de uma entrevistada, que, apesar de relatar o quanto o serviço do CAPSad é bom, disse também que este poderia ser melhor se os governantes investissem mais na instituição.

Muito bom, né? Só que poderia ser melhor, por falta de verbas, dos nossos governantes, é bom, mas poderia ser bem melhor, por falta de recursos. Eles nos tratam muito bem, se falta alguma coisa não é culpa deles. (Familiar 4).

Assim, através da fala desse familiar, é constatado que existe uma fragilidade quanto ao atendimento na instituição, na medida em que há dificuldades nas condições de trabalho, faltando recursos materiais para melhorar a estrutura física, bem como as oficinas e as reuniões com as famílias. Ademais, as demissões e transferências de profissionais para outros setores é um fator negativo, pois muitos usuários criam laços com eles e tendem a piorar quando os mesmos saem, tornando os recursos humanos insuficientes para a demanda.

Através das falas anteriores, tanto no que se refere ao trabalho da instituição com os usuários quanto com os familiares, comprova-se a relevância do CAPSad na vida dessas pessoas, haja visto que, além dos problemas de ordem econômica e social, o preconceito da sociedade com quem usa drogas e com sua família é grande. Estando na instituição, os envolvidos no processo da dependência química recebem apoio, orientação, incentivo a continuarem lutando e a se valorizarem como pessoas, e compreendem que não devem se culpar por ter um parente usuário, o que ajuda a fortalecer o vínculo com este.

Quando questionados se a instituição exerce alguma influência na relação entre os membros de sua família com o dependente químico, 100% dos entrevistados afirmaram que sim, como demonstrado nos seguintes trechos de alguns relatos.

Sim, o CAPS ad influencia pra mim, porque só quem vem aqui sou eu, e é muito bom porque eu tô aprendendo a lidar com ele, tô aprendendo mais o que é o vício do álcool. Eu vou tentar trazer minha filha mais nova pra vir, porque aí ele também vai entender (Familiar 7).

O Caps não deixa você desistir de seu familiar, eu já pensei mesmo em desistir dele, porque eu já passei quase 5 anos sem falar com ele e lá você tem a percepção que o cara é doente, hoje eu trato ele como um doente, não levanto mais a voz pra ele (Familiar 9).

Sim, o CAPSad faz com que a gente lide melhor com a situação, tá sendo muito útil (Familiar 5).

Desse modo, observa-se que os familiares encontram no serviço prestado uma nova oportunidade de vida e de melhora para o dependente, mostrando-se esperançosos e reconhecendo que a instituição torna a situação deles mais suportável, pois, ao receberem orientações dos profissionais, eles compreendem que o uso de substâncias psicoativas é uma doença e como tal precisa ser tratada, e, assim, passam a entender e aceitar o parente adoecido.

A partir do momento em que os profissionais estão capacitados a desconstruírem e reelaborarem conceitos e ideias a respeito do uso de substância psicoativas, estando disponíveis a dar apoio e acolhimento aos familiares, dando-os liberdade para falar e

desabafar, estes ficam mais motivados a comparecerem à instituição, e a estarem mais presente no tratamento do parente, o que beneficia o vínculo entre família e usuário.

Portanto, torna-se essencial ao tratamento do dependente químico que a instituição também conheça seus familiares, em especial o que se torna cuidador. Entretanto, mesmo que a codependência seja reconhecida, a atenção voltada para a família ainda é escassa, embora seja necessária, pois é preciso que esta compreenda a dependência química e saiba como lidar com esse problema. Por isso, é imprescindível que a família seja tratada, já que a codependência também é uma doença, pois, por se sentir muito responsável pelo usuário, o familiar passa a viver em função dele, vigiando constantemente suas ações, seus desejos, suas escolhas e, dessa maneira, não consegue ajudar seu parente e acaba adoecendo também.

Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento de suma importância, pois baseou-se na tentativa de humanização do tratamento dos portadores de transtorno mental, em contraposição ao modelo manicomial. Em decorrência desse processo, os manicômios foram substituídos de forma progressiva por outras práticas terapêuticas, e, com isso, a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico passou a ser objeto de discussão tanto pelos profissionais de saúde quanto pela sociedade.

Conseqüentemente, o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representou um dispositivo estratégico na modificação do modelo hospitalar para o cuidado em liberdade, beneficiando usuários e suas famílias. Dessa forma, os familiares passam a se inserir nas instituições para o acompanhamento do seu parente adoecido.

Neste estudo, foi identificado o sofrimento dos familiares do dependente químico, bem como a complexidade do cuidado deles para com o mesmo, visto que a dependência acarreta modificações no estilo de vida de ambas as partes. Assim, pode-se perceber que o grupo familiar passa por algumas etapas ao longo dessa caminhada, podendo vir a adoecer ao longo desse processo, fenômeno este caracterizado pela codependência.

Embora a demanda envolvendo a dependência química e a codependência entre familiares e pessoas diretamente envolvidas com o usuário de álcool e outras drogas esteja crescendo ao longo das últimas décadas (WENZEL; PAULA, 2010), nota-se que ainda existem lacunas quanto a essa questão.

Neste estudo, foi verificado o esforço dos profissionais da instituição para conceder um atendimento adequado tanto aos dependentes químicos quanto aos seus familiares. No

entanto, constatou-se, através da fala de alguns familiares, que a falta de recursos materiais e humanos torna esse atendimento precário.

Conclui-se que a presente pesquisa oportunizou uma reflexão sobre a necessidade de os familiares dos dependentes químicos serem assistidos de forma adequada pela instituição, considerando que a família é essencial para a reabilitação do usuário de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P (coord.). **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BALLONE.GJ - Codependência - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, 2006.

BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Brasília: Presidência da República/ Casa Civil / Subchefia para assuntos jurídicos**, 2006.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Brasília: Presidência da República**. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 09 ago.2014.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988, 111p.

BEATTIE, M. **Co-dependência nunca mais**.10^a.ed. Rio de Janeiro, Nova era 2007.

CEBRID – **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas**. 2006. Disponível em: http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm. Acesso em 15 de nov. 2014

COLLET, C. **Dependência química e relações sociais no centro de detenção provisória de São José dos Pinhais-PR**. Matinhos, 2010. Disponível em: http://www.esedh.pr.gov.br/arquivos/File/Dependencia_quimica_e_relacoes_sociais_no_CDP_SJP.pdf. Acesso em: 01 ago. 2014.

DIAS, O.V et al. **As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia**. Montes Claros – MG, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/11.pdf>. Acesso em: 22 de set. 2014

FUKAI, L. **Família: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos**. São Paulo: FUNDAP, 1998.

GOMES, B.T. **O processo de valorização da família na política de saúde mental: beneficiária ou refém no contexto das mudanças estruturais contemporâneas?** Disponível em:

<http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/Edital-n-03-2012/Artigos/Tarcisa-Bezerra-Gomes.pdf> Acesso em: 10 jul.2014

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 3-6, jan-fev, 2001.

MELMAN, Jonas. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, USP, 1998.

MIOTO, R.C.T; SILVA,M.J; SILVA, S.M.M.M. **Políticas Pública e Família: estratégia para enfrentamento da questão social**. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/mesas/POLITICAS_PUBLICAS_E_FAMILIA___Mesa_Coordenada_Regina_Celi.pdf Acesso em: 10 jul. 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. 2006 Religiousness and mental health: a review. São Paulo: **Revista Brasileira de Psiquiatria**.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: **Prevenção do Uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 5ª Ed. Brasília: SENAD,2013;

OMS. Organização Mundial da Saúde/OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental – Nova concepção, nova esperança**. Suíça: World Health Report, 2001 Disponível em:

http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf . Acesso em: 01 ago. 2014.

PANOZZO, V.M; COUTO, B.R. **Assistência em Saúde Mental: identificando caminhos do (des)cuidado em saúde**. In: BELLINI, M.I.B; CLOSS, T.T. Serviço Social, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 118 a 135.

PARIZI, Vicente. Viciados em sofrer. **Revista Época**, n. 244, janeiro, 2003.

PEREIRA, I.C.G. Do ajustamento à Invenção da Cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E.M. [ET AL] (orgs.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: ed. Cortez, 2002. p. 217-261.

ROSA, L.C.S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 2008.

ROSA, L.C.S. **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4 ed.. São Paulo.Cortez, 2008.

_____. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental no Estado de Belo Horizonte, Brasil. **Revista em psicologia**. Belo Horizonte, v.11, n.18, P. 205-218, dez. 2005.

SILVA, E.A. (2001) **Abordagens Familiares**. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 21 (4),1,21-24.

SCHWERZ, C.I; BELLINI, M.I.B. A família como rede de apoio ao dependente químico: desafios e possibilidades no âmbito da saúde pública. In. BELLINI, M.I.B; CLOSS, T.T. **Serviço Social, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação**. Porto Alegre: ediPUCRS, 2012. p. 79-98.

VASCONCELOS, E. M. “**Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental**”. In: Serviço Social e Sociedade, 1997, n° 54. Cortez, São Paulo.

VIEIRA, G.T.S. A família na agenda das políticas brasileiras de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. In. UCHÔA, Roberto. [ET AL] (org.). **Ensaio sobre as drogas: necessidades e políticas públicas**. Recife: Universitária da UFPE, 2011. p. 71-84.

WAIMAN, M. A. P. **O trabalho de cuidados às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

WENZEL, J.S., PAULA, P.C.M. **Características de co-dependência entre familiares de dependentes químicos**. Disponível em: <<http://www.portaldaeducação/enfermagem/artigo>>. Acesso em 25 de março de 2014

ZAMPIERI, Maria Aparecida Junqueira. **Codependência: o transtorno e a intervenção em rede**. São Paulo: Ágora, 2004

_____. **Padrão de Codependência e Prevalência de Sintomas Psicossomáticos**. São José do Rio Preto, 2004.

ZIEMER, Roberto. **Codependência: a doença da perda da alma**. 2005. Disponível em: <http://www.plenitude.com.br/noticias/news/indexnoticias.php?id=92> Acesso em 20 de dez.2014

APÊNDICES

APÊNDICE I**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS FAMILIARES**

Sexo:

() FEMININO () MASCULINO

Idade: _____

Qual o grau de parentesco com o usuário do CAPS ad? _____

1- Como ocorreu a descoberta da dependência do seu parente?

2- Como a família reagiu à descoberta da dependência?

3- Como vem se dando a relação da família com o dependente após a descoberta do uso de substâncias psicoativas pelo mesmo? Mudou alguma coisa?

4- Como a família se sente em relação ao dependente químico e de que forma lida com o mesmo no dia a dia?

5 – Qual a sua opinião sobre dependência química?

6- Na sua relação com o parente que sofre de dependência química, ou de algum outro membro da família com ele, responda sim ou não caso tenham vivenciado sentimentos ou atitudes como:

- Você ou algum outro parente já se sentiu culpado por esse problema estar ocorrendo na sua família?

() Sim. Quem? _____

() Não

- Você já disse sim para ele(a) querendo dizer não?

() Sim. Se sim, por quê?

() Não

- Você se sente responsável pelo dependente?

() Sim. Por quê?

() Não. Por quê?

- Ocorre algum tipo de proteção da família ao dependente?

() Sim. Por quê?

() Não

- Você ou algum outro membro da família já assumiu responsabilidades do usuário, por exemplo pagando suas contas, ou resolvendo seus problemas?

() Sim

() Não

7- Qual a sua opinião sobre a participação da família no tratamento do dependente?

8 - Qual a sua opinião sobre o tratamento do CAPS ad para o seu parente que é usuário da instituição?

9 – Como você avalia o trabalho que a instituição faz com os familiares?

10 – O CAPSad tem alguma influência na relação entre os membros de sua família com o dependente químico?

() Sim. Se sim, de que forma?

() Não. Se não, por quê?

ANEXOS

ANEXO I



Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS**: Um estudo junto ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS-ad em Campina Grande – PB.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho, **CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS**: Um estudo junto ao Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas – CAPS-ad em Campina Grande – PB terá como objetivo geral Analisar como se expressa a codependência entre os familiares dos dependentes químicos usuários do CAPS- ad.

Ao voluntário só caberá a autorização para a entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8890 - 0401 com Sandra Amélia Sampaio Silveira.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica
participante da pesquisa

ANEXO II
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –
CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS: Um estudo junto ao Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas e CAPS-ad em Campina Grande e PB

Pesquisador: SANDRA AMÉLIA SAMPAIO SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30498614.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 628.236

Data da Relatoria: 23/04/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto é intitulado: CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS: Um estudo junto ao Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas CAPS-ad em Campina Grande, PB. A pesquisa será realizada com uma média de 10 participantes e utilizará como instrumento de coleta de dados a observação participante, o diário de campo e entrevista semiestruturada. Para organização e análise dos dados será executado o tratamento estatístico dos dados quantitativos e análise dos dados qualitativos. Consideramos que os resultados que forem alcançados poderão propiciar redefinições na abordagem junto ao familiar do dependente químico, visando a melhor forma de acolhê-lo no tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como Objetivo Geral: Analisar como se expressa a co dependência entre os familiares dos dependentes químicos usuários do CAPS- ad.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

apresenta riscos mínimos como constrangimento ao responder ao questionário. Benefícios: Estima-se que a pesquisa contribuirá para uma melhor compreensão da realidade dos familiares que convivem com um membro afetado pela dependência química, bem como os desafios que perpassam o seu cotidiano, sendo o mesmo uma oportunidade de ajudar o familiar a aprender lidar com a co dependência e fazê-lo entender que para ajudar não precisa superproteger. Os resultados obtidos poderão proporcionar aos profissionais elementos para redefinir suas práticas, sinalizando questões que possam melhor contribuir para estimular a inserção dos familiares no tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações:

Atende a todas as exigências protocolares do CEP mediante Avaliador e Colegiado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente estudo encontra-se completo sem pendências ou inadequações, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Atende as exigências protocolares. Diante do exposto, acatamos a referida aprovação do CEP-UEPB.

CAMPINA GRANDE, 28 de Abril de 2014

Assinador por:
Doralúcia Pedrosa de Araújo
(Coordenador)