



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO**

MÁRCIA FIGUEIRA CANAVEZ

**O ENFERMEIRO NO GRUPO DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR CODEPENDENTE
DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Rio de Janeiro

2011



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO**

Márcia Figueira Canavez

**O ENFERMEIRO NO GRUPO DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR CODEPENDENTE
DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, para fins de obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enedina Soares

Rio de Janeiro

2011

Canavez, Márcia Figueira.
C213 O enfermeiro no grupo de orientação familiar codependente do dependente químico / Márcia Figueira Canavez, 2011.
104f. ; 30cm

Orientador: Enedina Soares.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Drogas - Abuso. 3. Enfermeiros psiquiatras - Relações familiares. I. Soares, Enedina. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 616.890231

MÁRCIA FIGUEIRA CANAVEZ

O ENFERMEIRO NO GRUPO DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR

CODEPENDENTE DO DEPENDENTE QUÍMICO

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Aprovado em 08 de Fevereiro de 2012.

Banca examinadora:

Presidente
Profª Drª Enedina Soares
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO)

1ª Examinadora
Profª Drª Márcia Batista Gil Nunes
(Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ)

2º Examinadora
Profª Drª Beatriz Gerbassi Costa Aguiar
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

Suplente
Profª Drª Rosáne Mello
(Universidade Federal do Estadual do Rio de Janeiro – UNIRIO)

Suplente
Profª Drª Almerinda Moreira
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por ter me colocado nesta profissão, me ensinando a lidar com as adversidades da vida através do cuidado ao próximo.

Todo lugar que pisar a planta do vosso pé, vo-lo tenho dado. Tão somente esforça-te e tem bom ânimo, para teres o cuidado de fazer conforme toda a Lei; dela não te desvies, nem para a direita nem para a esquerda, para que prudentemente te conduzas por onde quer que andares. Porque o SENHOR, teu Deus, é contigo.

Josué 1

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos familiares Luciano, Paula e Patrícia, por terem me incentivado a percorrer este caminho. Compartilhando as angústias, dúvidas e alegrias, estendendo sua mão amiga nos momentos difíceis.

Ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado, em Enfermagem. UNIRIO. Pelo acolhimento, dedicação e incentivo, desde as disciplinas como aluno especial. Foram inúmeros aprendizados, nunca me esquecerei de vocês.

A minha orientadora Prof^a Enedina Soares, um agradecimento especial e carinhoso por todos os momentos de paciência, compreensão e competência. Pelas inúmeras vezes que me acolheu em sua casa como se eu fosse um familiar. Agradeço pela confiança que depositou em mim.

As amigas e professoras Ilda Cecília, Márcia Gil e Renata Martins, pelo incentivo constante e apoio nos momentos mais difíceis, sem o qual não conseguiria concluir o mestrado.

A Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda Sueli Pinto, pela colaboração e estímulo para a realização do mestrado.

A minha querida colega de trabalho Rita Delesposte, pelo incentivo, carinho e compreensão pelas ausências.

Aos componentes da banca examinadora, pelas contribuições e sugestões em todo o percurso de elaboração deste trabalho.

RESUMO

No cotidiano da prática de cuidar, no cenário do Centro de Atenção Psicossocial no Tratamento de Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS ad II), percebe-se que o enfermeiro vivencia desafios, seja no impasse da aderência do paciente ao tratamento, negação da dependência ou na orientação aos familiares. A clínica da dependência química, distinta das demais, é recente e a enfermagem psiquiátrica está sendo construída. Sabendo-se que um dos objetivos da enfermagem é ajudar o paciente e a família a enfrentar a doença e a encontrar algum significado nessa experiência, este estudo se baseia na Teoria Interpessoal de Joyce Travelbee. A família é um fator crítico no tratamento da dependência química, e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas terapêuticos. Traçou-se como objeto de estudo a participação do enfermeiro na assistência aos familiares de dependentes químicos. Tendo como objetivos: Investigar a codependência da família inserida no Grupo de Orientação do CAPS ad II; Identificar o modo como a codependência é expressa no Grupo de familiares de dependentes químicos e Discutir como a participação da família no Grupo de Orientação pode melhorar a convivência com o dependente químico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, apoiada na Teoria Interpessoal de Joyce Travelbee. Teve como cenário o CAPS ad II. Os sujeitos da pesquisa foram 25 familiares, que participam dos grupos de orientação familiar. A análise dos dados deu-se através da Análise de Conteúdo de *Bardin*, através da qual emergiram quatro unidades de análise: Caracterização dos sujeitos da pesquisa e do dependente químico; Identificação da codependência; A expressão da codependência e O grupo como recurso no tratamento da família do dependente químico. A partir delas surgiram ainda categorias e subcategorias. Verificou-se que dos familiares assistidos no CAPS ad II, 80% são mulheres, com média de 61 anos de idade. Em relação aos dependentes químicos, 84% são do sexo masculino, com média de 40 a 49 anos de idade, que iniciaram o uso de drogas na adolescência, sendo a droga de escolha o álcool seguido pela maconha. As categorias emergiram ao se questionar os familiares sobre as causas determinantes para o uso de drogas: Causas determinantes extrínsecas, como antecedentes familiares, grupos afins e hábitos culturais e causas determinantes intrínsecas, como comorbidade e fórum íntimo. A expressão da codependência foi revelada através dos sentimentos dos familiares. E dentre as estratégias para a assistência aos familiares de dependentes químicos, foram elencadas as várias modalidades de grupos terapêuticos. As contribuições na melhoria do relacionamento familiar surgiram através de mudanças próprias e mudanças no relacionamento com o dependente químico. Ao buscarem-se estratégias para assistência do enfermeiro aos familiares de dependentes químicos, concluiu-se que esta deve ser pautada no acolhimento, escuta e no relacionamento interpessoal. Uma relação terapêutica de ajuda que possibilite a criação de vínculos.

Descritores: Enfermagem psiquiátrica; Dependência Química; Relações Familiares

ABSTRACT

In the daily practice of care in the setting of the Center for Psychosocial Care in the Treatment of Users of Alcohol and Other Drugs (CAPS II ad), one realizes that the challenges experienced nurse, is in deadlock adherence to treatment, denial dependence or orientation to family members. The clinic of the chemical dependence, different from the others, is recent and the psychiatric nursing is being built. Knowing that one of the objectives of nursing is to help patient and family to face the disease and to find some meaning in that experience; this study based itself on Joyce Travelbee's Interpersonal Theory. The family is a critical factor in the treatment of the chemical dependence, and its approach is a fundamental procedure in the therapeutic programs. The study object was drawn as the nurse's participation in the attendance to the chemical dependents' relatives. Tends as objectives: To investigate the codependência of the family inserted in the Group of Orientation of CAPS ad II; To identify the way as the codependent is expressed in the chemical dependents' relatives Group and to Discuss as the participation of the family in the Group of Orientation can improve the coexistence with the chemical dependent. It is a research qualitative, exploratory, descriptive, leaning in the Joyce Travelbee's Interpersonal Theory. It had as scenery CAPS ad II, the subjects were 25 families that participate in the groups of family orientation. The analysis of the data felt through the Analysis of Content of Bardin. Four units of analysis where emerged: Characterization of the subject of the research and of the chemical dependent; Identification of the codependent; The expression of the codependent and the group as resource in the treatment of the chemical dependent's family. Starting from them still appeared categories and subcategories. It was verified that of the relatives attended in CAPS ad II, 80% are women, with 61 year-old average. In relation to the chemical dependents, 84% are male, with average from 40 to 49 years old; they began the use of drugs in adolescence, being the choice drug the following alcohol to marijuana. When questioned the relatives on the decisive causes for the use of drugs, the categories emerged: Extrinsic decisive causes as family antecedents, similar groups and cultural habits, and intrinsic decisive causes as co morbidity and intimate forum. The expression of the codependent was revealed through the relatives' feelings. And among the strategies for the attendance of dependents' relatives to the chemical, several modalities of therapeutic groups were listed. The contributions in the improvement of the family relationship appeared through own changes and changes in the relationship with the chemical dependent. As strategies for attendance of the nurse to the chemical dependents' relatives was seek, it was concluded that this should be ruled in the reception, listening and in interpersonal relationship. Searching for a therapeutic help relationship, that makes bonds a possibility.

Key words: Psychiatric nursing; Chemical dependence; Family relationships

RESUMEN

En la práctica diaria de cuidado en la escena del Centro para Psicosocial Care en el Tratamiento de Usuarios de Alcohol y Otras Drogas (CAPS ad II), uno comprende que los desafíos experimentaron a enfermera, está en la adhesión del bloqueo al tratamiento, dependencia de rechazo u orientación a los miembros familiares. La clínica de la dependencia química, diferente de los otros, es reciente y la enfermería psiquiátrica está construyéndose. Conociéndose que uno de los objetivos de la enfermería es ayudar al paciente y a la familia enfrentar la enfermedad y encontrar algún significado en esa experiencia, este estudio basa en la Teoría Interpersonal de Joyce Travelbee. La familia es un factor crítico en el tratamiento de la dependencia química, y su acercamiento es un procedimiento fundamental en los programas terapéuticos. Era arrastrado como el objeto del estudio la participación de la enfermera en la asistencia a los parientes de las personas a cargo químicas. Tiende como los objetivos: Para investigar el codependencia de la familia insertado en el Grupo de Orientación de anuncio de el CAPS ad II; Identificar la manera como el codependent se expresa en los parientes de las personas a cargo químicas Agrúpese y Discutir como la participación de la familia en el Grupo de Orientación pueden mejorar la coexistencia con la persona a cargo química. Es una investigación cualitativo, exploratorio, descriptivo, mientras apoyándose en la Teoría Interpersonal del Joyce Travelbee. Tenía como el anuncio de CAPS ad II, los asuntos eran 25 familia que participa en los grupos de orientación familiar. El análisis de los datos se sentía a través del Análisis de Volumen de Bardin. Donde salió cuatro unidades de análisis: La caracterización del asunto de la investigación y de la persona a cargo química; La identificación del codependent; La expresión del codependent y el grupo como el recurso en el tratamiento de la familia de la persona a cargo química. Empezando de ellos todavía aparecían categorías y subcategories. Nosotros verificamos eso de los parientes asistidos en el anuncio de el CAPS ad II, 80% son las mujeres, con um promedio de 61 años de edad. Respecto a las personas a cargo químicas, 84% son masculinos, con el promedio de 40 a 49 años de edad, ellos empezaron el uso de drogas en la adolescencia, mientras siendo la droga selecta el alcohol siguiente para la marijuana. Los parientes cuando cuestionó en las causas firmes para el uso de drogas que las categorías salieron: Las causas firmes extrínsecas como los antecedentes familiares, los grupos similares y hábitos culturales, y las causas firmes intrínsecas como el comorbidity y el foro íntimo. La expresión del codependent se reveló a través de los sentimientos de los parientes. Y entre las estrategias para la asistencia a los parientes de las personas a cargo químicas, ellos se listaron las varias modalidades de grupos terapéuticos. Las contribuciones en la mejora de la relación familiar aparecida a través de los propios cambios y cambios en la relación con la persona a cargo química. Cuando nosotros buscamos para las estrategias para la asistencia de la enfermera a los parientes de las personas a cargo químicas, nosotros concluimos que esto debe gobernarse en la recepción, mientras escuchando y en la relación interpersonal una relación terapéutica de ayuda que hace posible la creación de ataduras.

Descriptores: La enfermería psiquiátrica; La dependencia química; Las relaciones familiares

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Dados sociodemográficos de familiares de dependentes químicos que participam de grupos de orientação no CAPS ad II.....50
- Quadro 2: Dados do dependente químico cujas famílias participam dos grupos familiares do CAPS ad II.....52
- Quadro 3: Descrição dos motivos que contribuíram para o uso de drogas.....57
- Quadro 4: Contribuição do grupo na melhoria do relacionamento familiar.....70

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama1: Grupos de mútua-ajuda.....	31
Diagrama 2: Sintomas da codependência.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Dados relacionados ao tipo de substância utilizada pelo dependente químico.....	55
--	----

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
RESUMEN	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE DIAGRAMAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xi
1. INTRODUÇÃO	14
Considerações Iniciais.....	14
Objetivos.....	19
Justificativa.....	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
Dependência Química.....	21
Família do dependente Químico.....	26
O grupo como recurso no tratamento da família do dependente químico.....	29
3. METODOLOGIA	42
Tipo de Estudo.....	42
Cenário	43
Sujeito	44
Coleta de dados.....	45
Instrumento de obtenção de dados.....	45
Análise dos dados.....	46
Aspectos Éticos.....	47
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa e do dependente químico.....	49
Tipo de droga utilizada pelo dependente químico.....	55
4.2 Tipo de droga utilizada pelo dependente químico.....	55
Causas determinantes para o uso de drogas.....	57
Categoria 1: Causas determinantes extrínsecas.....	57
Categoria 2: Causa determinantes intrínsecas.....	61
4.3 Codependência.....	65
4.4 Contribuição do grupo.....	69

Categoria 1: Mudanças Próprias.....	71
Categoria 2: Mudanças no relacionamento com o dependente químico.....	75
4.5 Participação da família no tratamento do dependente químico.....	77
4.6 Temas sugeridos pelos familiares para reuniões de grupos.....	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES	
A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	100
B – Pedido de Autorização.....	101
C - Roteiro de Entrevista.....	102
ANEXO	
I – Registro no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.....	104

1 INTRODUÇÃO

Considerações iniciais

No cotidiano da prática de cuidar, no cenário do Centro de Atenção Psicossocial no Tratamento de Usuários de Álcool e Outras Drogas II (CAPS-ad II), percebe-se que o enfermeiro vivencia desafios na construção de estratégias para a assistência ao dependente químico e sua família. Seja no impasse da aderência do paciente ao tratamento, negação da dependência ou na orientação aos familiares dos dependentes químicos, quanto no convívio com os mesmos.

A clínica da dependência química, distinta das demais, é recente; assim como a especialidade em saúde mental. A enfermagem psiquiátrica está sendo construída, não cabendo apenas à graduação a formação deste profissional, sendo necessária a realização de residência ou cursos específicos em enfermagem psiquiátrica, para o desenvolvimento e produção nesta área de conhecimento, que fomenta futuras habilidades na atenção e cuidado ao dependente químico e sua família. Embora seja possível afirmar que a assistência em enfermagem no Brasil está atrelada à psiquiatria, conforme nos relata Silva (2009), “a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras teve seu surgimento e desenvolvimento no cerne da Assistência psiquiátrica, por estar vinculada ao Hospital Nacional de Alienados, que serviu como campo de prática para os alunos”.

Dessa forma, o enfermeiro que atua em prol da construção de estratégias para a assistência ao dependente químico e seus familiares necessita de mais conhecimentos para sustentar a enfermagem enquanto ciência. Carvalho (2006) ressalta que a enfermagem enquanto ciência está em vias de se fazer.

Vários aspectos políticos e sociais envolveram a assistência psiquiátrica no Brasil. Até a década de 1970, pode-se considerar, que foi marcada pela má qualidade na assistência aos portadores de doenças mentais, por exemplo, a superlotação das instituições psiquiátricas e cronificação da doença mental, tendo como vertente principal o modelo médico e hospitalocêntrico para essa prática (JACOBINA, 2000). Em desacordo com a assistência prestada surgem movimentos que procuram denunciar tal situação, tendo como ator central o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, com a adesão de outras esferas sociais, o que

repercute, dando origem ao movimento da reforma psiquiátrica. Os objetivos da reforma enfatizam a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos serviços comunitários e normatizam as internações involuntárias. Porém, é somente em 2001, que o Congresso Nacional sanciona a Lei 10.216 redirecionando a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Novos serviços substitutivos são criados, entre eles os CAPS, como alternativa às internações em hospitais psiquiátricos regulamentados pela Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde. Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2002).

A Portaria 336/2002, também determina quanto à formação mínima da equipe técnica para o CAPS ad II, que deverá ser composta por:

- a) 01 (um) médico psiquiatra;
- b) 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d) 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e) 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Esta equipe deve pautar a assistência na ética, humanização e na assistência integral, visando à aceitação, reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto aos sujeitos de seu cuidado.

O enfermeiro tem papel importante, por contribuir efetivamente com a sua prática, nessa área de grande relevância social, realizando atividades nas quais presta atendimento individual e em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, dentre outros); realiza oficinas terapêuticas à família, visitas e atendimento domiciliário e atividades comunitárias, enfocando a reinserção social do usuário na sociedade. Existem atividades que são específicas de determinados profissionais, em particular ao enfermeiro. Porém, aquelas realizadas

individualmente ou em grupo, que requerem escuta, acolhimento, estímulo para a vida, para a autonomia, para a cidadania, cabem a todos os membros da equipe.

Na experiência atuante com os familiares de dependentes químicos, observa-se que o enfermeiro é corresponsável na construção de estratégias para o enfrentamento de possíveis situações-problema geradas por este convívio, devendo estimular os futuros profissionais a perceberem, de forma mais consciente e crítica, esse fenômeno e suas consequências.

Martins e Corrêa (2004) ressaltam que os trabalhadores de enfermagem podem não estar preparados para enfrentar situações que envolvam o cuidado a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, fazendo-se necessário repensar sua formação.

O fato de a temática ter sido abordada de forma generalizada na graduação, levou à realização de um Curso de Capacitação do Ministério da Saúde (2006), intitulado “Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas”: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA) e outro Curso de Extensão intitulado: Impasses e Estratégias na Abordagem do Uso e Abuso de Drogas, realizado no Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ (2009), para melhor ocupação do cenário e atuação frente a essa clientela.

Sabe-se que um dos objetivos da enfermagem é ajudar o paciente e a família a enfrentar a doença e a encontrar algum significado nessa experiência. Tem-se, portanto, como estrutura para a prática, a Teoria Interpessoal com ênfase na relação enfermeiro-paciente, que abrange o indivíduo em todas as dimensões, que Travelbee (1979: p. 5) considera como:

... um processo interpessoal mediante o qual a Enfermeira ajuda uma pessoa, família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir e enfrentar a experiência da doença e o sofrimento mental e, se necessário, contribuir na descoberta de um sentido nestas experiências... Constitui um processo interpessoal que se ocupa de pessoas. Estas pessoas podem ser pacientes individuais, famílias ou grupos que necessitam da ajuda que a Enfermeira pode oferecer.

Apesar de a família conviver com a saúde e a doença, existem determinados eventos patológicos que abalam de forma incontestável sua estrutura e organização.

Percebe-se, que a família sofre por não saber lidar com as dificuldades de convivência com o dependente químico. Entende-se por isso, que a família deve ser vista como uma forte aliada, e como um dos principais instrumentos no processo de

resgate do dependente químico, tornando-se imprescindível conhecer os diversos aspectos que interferem na vida desses familiares, para que se possa construir um referencial teórico- metodológico de um cuidado efetivo.

Maturana e Varela (1995) referem que toda entidade viva pode perceber, responder, pensar, acreditar e agir de acordo com os limites de sua estrutura única como um ser. Por isso, entende-se que a realidade descrita por uma pessoa não existe independentemente dela, pois é uma reformulação de sua experiência. Consequentemente, a realidade que cada membro da família descreve não é uma “realidade objetiva”, mas sim, uma realidade entre aspas, pois é uma reformulação de sua experiência vivida.

A literatura que trata desta temática denota que o uso de drogas atinge os mais diferentes grupos populacionais e de diversas faixas etárias. Esse consumo pode ser iniciado em qualquer fase da vida de um indivíduo, sendo mais comumente na adolescência. Nessa fase, o indivíduo passa por bruscas mudanças biológicas e psíquicas, sendo a etapa mais vulnerável de todo o desenvolvimento humano (NERY FILHO, TORRES, MACRAE, et al, 2002).

A questão do uso abusivo de drogas na atualidade corresponde a um problema de grande abrangência a nível mundial, envolvendo diversas instâncias, uma vez que este uso não diz respeito apenas ao usuário de substâncias psicoativas, caracterizando-se, portanto, como um grave problema social e de saúde pública. Laranjeira (2004) adverte que poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares, e notícias na mídia do que o consumo abusivo de álcool e drogas.

Estudos realizados por Antón, 2000; Recio, 1999; Sáiz, González, Jiménez, et al, 1999, com adolescentes que consomem drogas, têm demonstrado que diversos aspectos do universo familiar podem atuar como fatores que propiciam o envolvimento dos adolescentes com substâncias psicoativas, enquanto existem aspectos deste mesmo contexto que podem funcionar como fatores preventivos.

Payá e Figlie (2004) apontam que a família é um sistema dinâmico e em constante transformação, que cumpre sua função social transmitindo os valores e as tradições culturais. O impacto sofrido pela família com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente às reações ocorridas com o sujeito que as utiliza.

A utilização de drogas, num dos membros da família, denuncia que aquela estrutura familiar está comprometida em diversos setores das relações humanas,

seja individual, grupal ou social. Neste contexto, é importante compreender qual lugar o dependente químico ocupa no seio da família, e como foi estabelecido o rearranjo dos membros diante desse evento.

Nichols e Schwartz (1998) incluem a família na sua compreensão da doença mental, desenvolvendo a noção de “bode expiatório” como depositário da patologia que é de toda a família. Portanto, podemos considerar que a família, indiscutivelmente, é um fator crítico no tratamento da dependência química, e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas terapêuticos.

Considerada como uma prática de tratamento ainda muito recente em relação aos problemas do uso/abuso de álcool e outras drogas, a abordagem familiar em dependência química teve início em 1940, com a criação dos Grupos de mútua ajuda para familiares e amigos de alcoólicos (AL-ANON), com o objetivo de adaptar o programa de recuperação dos Alcoólicos Anônimos (AA) para os que sofrem os efeitos do alcoolismo em suas vidas (PAYA e FIGLIE, 2004).

Na Florida, Wegscheider (1981), introduziu o conceito de codependência, caracterizando-o como uma obsessão familiar sobre o comportamento do dependente e seu bem estar, em que o controle da droga passa a ser o eixo da organização familiar. A definição mais abrangente de codependência foi feita por Schaef (1986), que descreve “a codependência como doença que cresce no meio relacional em que a pessoa está inserida”.

Na década de 1990, houve um rápido crescimento das terapias focadas na solução, que não examinam as causas da doença ou disfunções, somente enfatizam as soluções. Figlie, Pillon, Dunn, et al (1999) relatam ser este método facilmente aplicável e que, aparentemente, traz resultados rápidos, porque se concentra no problema, sendo aceito pelas famílias e dependentes, pois não atribui responsabilidades implícitas. Portanto, entende-se que esses autores utilizam o “reenquadramento”, no qual os problemas da família ou do paciente são colocados numa estrutura de significados, oferecendo novas perspectivas e possibilitando novos comportamentos.

A abordagem familiar em dependência química como modalidade de tratamento é recente. E, como mencionados anteriormente, vários modelos de atuação estão em operação, sendo que a maioria dos terapeutas familiares vem descobrindo a sua própria mistura, utilizando uma gama de idéias e práticas diferentes. Estudos realizados por Payá e Figlie (2004), indicam que, até o

momento, não foi estabelecida uma abordagem de maior eficácia nesta área, cabendo a cada terapeuta a escolha da abordagem que melhor se adapte a cada família.

Diante da problemática apresentada e para facilitar a construção do objeto deste estudo, questiona-se:

- Em que consiste a codependência da família que frequenta o grupo de orientação do CAPS ad II.

- Como a codependência é expressa pelos familiares que frequentam o grupo de orientação do CAPS ad II.

- De que forma os familiares conseguem concretizar as mudanças familiares, tendo como base as intervenções propostas nos grupos familiares.

Para responder a estes questionamentos delineou-se como objeto deste estudo a codependência da família do dependente químico em grupos de orientação.

Objetivos

- Investigar a problemática da codependência do familiar inserido no Grupo de Orientação do CAPS ad II.

- Identificar o modo como a codependência é expressa no Grupo de familiares de dependentes químicos.

- Discutir como a participação da família no Grupo de Orientação pode melhorar a convivência com o dependente químico.

Justificativa

A proposta a partir desse estudo é a de contribuir com o conhecimento para a comunidade acadêmica, na medida em que leva a uma reflexão crítica acerca dos desafios e possibilidades vivenciadas na atuação do enfermeiro na construção de estratégias para expansão da assistência aos familiares do usuário de álcool e outras drogas.

Considerou-se também, a relevância desta proposta por entender que os problemas relacionados no convívio com o dependente químico e seus familiares necessitam de ajuda por parte dos profissionais de saúde, os quais poderão, com sua atuação, minimizar o fenômeno da dependência química no cotidiano da prática

assistencial em ambientes hospitalares, ambulatoriais e na Estratégia Saúde da Família.



2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Dependência Química

O uso de drogas na história da humanidade é uma prática milenar e universal. O homem, nas diversas culturas, sociedades e épocas, sempre consumiu drogas o que, na maioria das vezes, não se constituiu em problema e motivo para alarmes sociais, sendo as drogas consumidas com finalidades religiosas, terapêuticas e lúdicas, entendida como uma manifestação cultural e humana (Brasil, 2006).

Substâncias como o café, as bebidas alcoólicas, a cocaína, o rapé e derivados da *cannabis*, dentre outros, estiveram e ainda estão presentes nas cerimônias religiosas e em medicamentos caseiros (BASTOS; COTRIM, 1998). Portanto, qual o limiar do consumo de álcool? Por que algumas pessoas bebem muito mais que outras? E por que certas pessoas conseguem ingerir grandes quantidades de álcool com aparente imunidade, enquanto outras, embora bebendo moderadamente, enfrentem problemas causados pela bebida?

Com a complexidade de cada caso, não se deve esperar respostas simples e apenas um fator causal, pois o ato de beber e os problemas associados a ele são determinados por múltiplos fatores que interagem, tanto com o indivíduo, quanto com o meio onde ele vive. Desta forma, nas últimas décadas, indicadores apontam que esse consumo tem tomado dimensões preocupantes, tendo graves consequências, principalmente para os jovens e adultos jovens, expressando-se nas várias interfaces da vida cotidiana, por exemplo, em relação à família, comprometendo vínculos afetivos, no trabalho, no trânsito, na saúde, e inclusive, na disseminação do vírus HIV (SEIDL; COSTA; SUDBRACK, 1999).

Durante a leitura de diversos artigos referentes a esta temática, observamos que foram relatados vários danos secundários ao consumo abusivo de substâncias psicoativas (acidentes de trânsito, overdoses, envenenamentos, brigas, homicídios); furtos e roubos; mortalidade por cirrose dentre outros. Os riscos de se desenvolver uma doença do fígado, dependência ao álcool e câncer de mama devido à bebida variam proporcionalmente ao nível habitual de consumo de álcool pelo indivíduo

(EDWARDS; ANDERSON; BABOR, 1994). Por isso, a quantidade de álcool consumida não é a única característica do beber que afeta a ocorrência dos problemas relativos à bebida, o padrão de consumo de álcool também é importante.

A problemática do uso abusivo de drogas enfrenta também outras questões importantes, dentre elas os interesses econômicos que envolvem a produção e venda de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Entre os principais fatores que influenciam o consumo em uma população, estão os passíveis de manipulação política, tais como a taxaço, leis de patentes e acordos comerciais (EDWARDS; ANDERSON; BABOR, 1994). Os autores ainda relatam que a manipulação dessas influências pode ter um enorme impacto sobre o nível de consumo de álcool e levar a problemas decorrentes deste a proporções epidêmicas.

O aumento do uso de drogas vem sendo associado à situação de vulnerabilidade social vivida por alguns grupos, bem como à cultura do consumo em nossa sociedade. Sobre o primeiro aspecto, considera-se que ampla parcela da sociedade vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social. Crives e Dimenstein (2003), lembra que o estado de miséria social e o desamparo político têm acarretado novas estratégias de sobrevivência, dentre as quais está à entrada cada vez maior de jovens no mundo do tráfico. A questão da exclusão social, por sua vez, refere-se não somente aos grupos economicamente desfavorecidos, mas a uma parcela da sociedade que se encontra em situação de “inutilidade social” ou de “exclusão existencial”, que atinge tanto pobres quanto ricos de forma violenta, na medida em que aponta para a ausência de valores identitários para uma crise de significações do imaginário social (WASELFSZ, 1998).

As políticas públicas predominantes com relação ao consumo de drogas em muitos países, inclusive no Brasil, na maioria das vezes, visam apenas o caráter punitivo (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003), ou seja, uma postura centrada na repressão em relação à produção e consumo de substâncias ilícitas, como se fosse possível tratar a questão das drogas como um mero caso de polícia, não priorizando medidas preventivas que visem reduzir tal problema. As ações preventivas devem ser dirigidas à população em geral e não apenas àqueles que bebem exageradamente.

A dependência química deve ser vista como uma doença crônica recidivante, que causa mudanças cerebrais, psicológicas e sociais, que não desaparecem após a desintoxicação (LARANJEIRA, 2001), necessitando desta forma, de um tratamento

sistemático observando uma série de cuidados coordenados ao longo de um período prolongado, com a participação não só do dependente, como também da família.

Existe uma grande variedade de teorias que tentam explicar a complexidade da natureza da dependência química. Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), as resumiram em quatro modelos básicos: o modelo de doença, o modelo de comportamento aprendido, o modelo psicanalítico e o modelo familiar.

O modelo de doença entende a dependência como um transtorno primário, uma herdada suscetibilidade biológica aos efeitos do álcool ou outras drogas. As principais características de acordo com este modelo são: a perda de controle sobre o consumo; a negação; o uso continuado a despeito de consequências negativas e um padrão de recaída.

O modelo familiar se apresenta em três modalidades: o de doença familiar, o modelo familiar sistêmico e o modelo comportamental. Estas teorias contribuíram muito para o entendimento da dependência, principalmente no que diz respeito ao conceito de equilíbrio e a importância das regras e metas que governam os relacionamentos familiares e como elas contribuem para a manutenção do No modelo comportamento aprendido, como diz o próprio nome, acredita-se que os comportamentos são aprendidos ou condicionados, portanto, os problemas comportamentais, incluindo pensamentos, sentimentos e mudanças fisiológicas poderiam ser modificados pelos mesmos processos de aprendizagem que os criaram.

O modelo psicanalítico mais antigo entendia o comportamento do uso de álcool e outras drogas como uma tentativa de se retornar a estados prazerosos da infância. As teorias psicanalíticas contemporâneas veem o uso de drogas como uma forma que o indivíduo encontra de se adaptar a seus déficits de autorregulação, que surgiram de privação ou de interações disfuncionais na primeira infância. Diante dessa hipótese, algumas deficiências do indivíduo, como déficits na tolerância aos afetos; prejuízo nas habilidades de autoproteção; vulnerabilidade no desenvolvimento da autoestima e problemas na construção dos relacionamentos e intimidade poderiam levar a problemas com abuso de substâncias.

Um quinto modelo vem surgindo no tratamento da dependência química, entendido como um fenômeno biopsicossocial. Este modelo tenta integrar as contribuições dos quatro outros modelos, onde parece haver um componente

biológico herdado na dependência química, mas que isoladamente não explica a complexidade do fenômeno, somado aos fatores psicológicos, culturais, sociais e espirituais, que desempenham um importante papel na causa, curso e resultados do transtorno.

Como já foi questionado anteriormente, não existe um limiar claro entre uso, abuso e dependência. Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), definem uso como qualquer consumo de substâncias, seja para experimentar, seja esporádico ou episódico; já o abuso ou uso nocivo, como sendo o consumo associado a algum prejuízo biológico, psicológico ou social; e a dependência, como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o indivíduo.

Apesar de dar uma ideia de continuidade, nem todo uso disfuncional de álcool ou drogas é dependência, não existindo um fator determinante que os defina como futuros dependentes. Mas se sabe que a combinação de alguns fatores como influência do meio, questões genéticas, dificuldade em lidar com problemas, entre outros, contribuem para que algumas pessoas tenham maiores chances de desenvolverem a dependência.

American Psychiatric Association - DSM IV (1995) considera que a característica primordial da dependência de substâncias corresponde à presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que evidencia que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos relacionados à mesma.

Ressalta-se ainda que a dependência possa ser considerada como uma doença fatal, uma vez que a droga destrói diretamente o organismo, afetando a saúde do indivíduo, podendo provocar danos irreversíveis e até mesmo a morte por *overdose* (DRUMMOND; DRUMMOND FILHO, 1998).

O *DSM IV* desenvolveu critérios de diagnóstico para dependência de substâncias, onde uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em pelo menos três (ou mais) dos seguintes sintomas e sinais, ao longo de últimos doze meses:

Tolerância, definida por um dos seguintes critérios:

- Necessidade de quantidades nitidamente aumentada de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado;
- Efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade de substância;

- Abstinência, manifestada pelos seguintes critérios:
- Síndrome de abstinência característica da substância;
- A mesma substância (ou outra bastante parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- A substância é frequentemente utilizada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado;
- Um desejo persistente ao esforço sem o sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância;
- Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se dos seus efeitos;
- Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreativas ou ocupacionais por causa do uso da substância;
- Uso contínuo da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância.

O conceito de Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA), proposta em 1976 por Edwards e Gross, psiquiatras inglês e americano, respectivamente, traz importantes distinções em relação aos conceitos anteriormente propostos (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). O conceito de síndrome de dependência alcoólica propõe a existência de duas dimensões distintas, a psicopatologia do beber de um lado e os problemas decorrentes do uso de outro. Esta conceituação também se estende ao uso de outras drogas.

Edwards e Gross (1976), desenvolveram sete elementos-chave para diagnosticar esta síndrome: a saber: Estreitamento do repertório, Saliência do uso, Aumento da tolerância, Sintomas de abstinência, Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento do consumo, Percepção subjetiva da compulsão para o uso e Reinstalação após a abstinência.

- **Estreitamento do repertório** – Conforme a dependência avança, os estímulos relacionam-se crescentemente com o alívio ou evitação da abstinência. O indivíduo passa a ter como objetivo de vida a obtenção da droga ou como fará para evitar a abstinência. Seus recursos, sejam financeiros ou emocionais, trabalham por este objetivo.

- **Saliência do uso** - Com o avanço da dependência, o indivíduo passa a priorizar a manutenção da ingestão da droga. O consumo vai se tornando mais importante que a família, que o trabalho, que a casa, que a saúde.
- **Aumento da tolerância** – O sistema nervoso central é capaz de desenvolver tolerância ao álcool e às drogas. Tolerância é definida como a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga, que ocorre como resultado da prévia exposição a ela.
- **Sintomas de abstinência** – Os sintomas de abstinência resultam de adaptações feitas pelo cérebro à interrupção ou redução do uso das substâncias. As manifestações clínicas da abstinência variam de acordo com a droga ingerida. Por exemplo: a abstinência do álcool caracteriza-se, principalmente, por tremores, náuseas, sudorese e perturbação do humor. A depressão, a ansiedade e a paranóia são sintomas típicos de abstinência de cocaína.
- **Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento do consumo** – Laranjeira e Nicastre (1996), relatam que constitui o mecanismo de adaptação do indivíduo ao aparecimento da síndrome da abstinência, envolvendo comportamentos que a evitem.
- **Percepção subjetiva da compulsão para o uso** - É a percepção que o indivíduo tem de sua falta de controle. Do ponto de vista psicopatológico, a compulsão é definida como um ato executado contra a vontade ativa do sujeito e apesar do reconhecimento de seu caráter absurdo.
- **Reinstalação após a abstinência** – É o processo por meio do qual uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar dentro de 72 horas de ingestão. A dependência re-emerge como se houvesse uma “memória” irreversível instalada (RAMOS; BERTOLOTE, 1997).

Família do Dependente Químico

A família é a rede de suporte mais próximo num contexto social de um indivíduo. Deve-se entender por família, todas as pessoas que moram sob um mesmo teto e interagem intimamente. Esse conceito pode ser ampliado em determinadas situações para incluir outros familiares (mãe, sogra, avó, tios, primos e até amigos) ainda que não morem juntos, mas que exerçam um papel predominante na dinâmica familiar, é o que se concebe.

Sabe-se, também, que família é a referência primária na formação de uma pessoa. Em seu interior ocorrem as primeiras experiências de vínculos e aprendizagens, integrando aspectos emocionais, cognitivos, culturais e sociais. O funcionamento da família se encontra num sistema em constante movimento e interação

Minuchin (1990) e Andolfi, Angelo, Saccu (1995), definem a família como um sistema semi-aberto, com regras, costumes e crenças, em constante troca com o meio social. Assim, a família transforma e é transformada pelo ambiente; o que acontece com um membro da família afeta todos os demais, e nesta inter-relação um movimento constante é gerado, perdendo-se a nitidez; os limites não são bem definidos, e não se sabe onde começa ou termina os direitos ou deveres do outro.

A dependência química em um dos familiares causa consequências danosas, provocando rupturas e desorganização das relações interpessoais, com conseqüente prejuízo na qualidade de vida e na saúde daqueles que convivem com este problema. A sobrecarga emocional a que a família é submetida, em decorrência da convivência, é destacada através de sinais e sintomas, como ansiedade, tensão, culpa, desmoralização, desgosto e frustração, além de repercussões em seu estado clínico e mental (HIRDES; KANTORSKI, 2005).

As abordagens que envolvem a unidade familiar nos problemas relativos ao tratamento por uso abusivo de drogas são consideradas mais efetivas do que as abordagens de tratamento individual (ALEXANDRER; GWYTHER, 1995). Verifica-se, portanto, que a dependência química extrapola seus limites estendendo-se muito além do indivíduo que consome a droga, atingindo todo o contexto onde esta pessoa vive. O tratamento familiar passa a ser uma indicação permanente como unidade que cuida, mas que também precisa ser cuidada. Vale ressaltar a necessidade de identificar as áreas mais conflitantes por elas vivenciadas, pois este conhecimento pode representar um ponto de partida para efetivar cuidados específicos para cada família. De qualquer maneira, é fundamental que os profissionais procurem despertar nestas pessoas uma forma de resgatar seus vínculos e valores, que muitas vezes, foram perdidos ao longo do convívio com o dependente químico.

Conscientes das dificuldades que é o convívio com o dependente químico, os profissionais de saúde podem ajudar, de forma mais efetiva, identificando os recursos. Apesar de a instituição familiar ter uma história antiga, somente a partir da década de 1950 passou a constituir área de interesse da psicologia, contribuindo

para o desenvolvimento da psicoterapia familiar como abordagem de tratamento de problemas (SILVA, 2001; SILVA, 2002).

Existem algumas características presentes em familiares de dependentes químicos, descritas por Paya e Figlie (2004), cujo impacto pode ser relacionado em quatro estágios pelos quais esses familiares passam progressivamente sob a influência das drogas e do álcool:

:

- No primeiro estágio, prepondera o mecanismo de negação. Ocorrem tensão e desentendimento, e as pessoas deixam de falar o que realmente pensam e sentem.
- No segundo estágio, a família está toda preocupada com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas consequências físicas e emocionais no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar no assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e o álcool não estão causando problemas para a família.
- No terceiro estágio, a desorganização da família é enorme. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus, e assim, o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do abuso de álcool e drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em virtude do alcoolismo do marido ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em consequência do uso de drogas pela mãe.
- O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, e podem surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros. A situação fica insustentável e leva ao afastamento entre os membros, gerando grave desestruturação familiar.

Embora esses estágios definam um padrão da evolução do impacto das substâncias, não podemos afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo, mas, indiscutivelmente, a família que passa por esta problemática reage de

acordo com os valores, a compreensão e os recursos para lidar com o problema do álcool ou da droga.

A família vivencia todas as dificuldades que abrangem a convivência com a dependência química. Na grande maioria são os pais que procuram pelo tratamento dos filhos. Frequentemente a família aparece como co-autora, tanto do surgimento do abuso de substâncias psicoativas, quanto como instituição protetora para a saúde de seus membros (MINAYO e SCHENKER, 2004).

Lourenço (2001) refere que a adesão da família ao tratamento não é fácil. Inicialmente, quando o enfoque gira em torno do problema que a angustia, ou seja, o ente dependente, o tratamento prossegue, evolui; porém, quando começam a emergir as dificuldades da família, especificando as de cada membro, surge a tendência ao abandono do tratamento.

Existe no caso da dependência química, um ponto importante no que diz respeito à relação familiar que é a codependência. O termo codependente descrito por (Zampieri, 2004), diz respeito às pessoas que convivem de forma direta com alguém que apresenta alguma dependência química. Com o surgimento precoce de atitudes inadequadas para sua idade e contexto social, a família inicia um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, que vão sendo aprendidos e desenvolvidos na convivência familiar. Funciona 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.

O grupo como recurso no tratamento da família do dependente químico

Entre os recursos para assistência aos familiares se encontram os grupos. O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano do enfermeiro, onde o participante deve ser valorizado como pessoa e, suas potencialidades devem ser ressaltadas, a fim de ajudá-lo a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis.

Os grupos assumem diversos formatos conforme suas finalidades, podendo ter o objetivo de oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, aprender mudanças de comportamentos, treinar relações humanas e oferecer psicoterapia (MUNARI, 1995). Também podem ser classificados como operativos (ensino-aprendizagem,

institucionais, comunitários e terapêuticos) ou psicoterapêuticos (psicodramático, teoria sistêmica, cognitivo comportamental e psicanalítico) (ZIMERMAN, 1997).

Falkowski (1996), ressalta que a psicoterapia de grupo tem se mostrado, ao longo do tempo, um recurso com vantagens consideráveis no tratamento da dependência química, tendo sido amplamente empregada a ponto de, às vezes, ser tida como tratamento de escolha. As técnicas não são exclusivamente de uso de psiquiatras, podendo ser aplicadas por diferentes profissionais de saúde, com treinamento em abordagem de pacientes com problemas emocionais, que devem ser capazes de:

- Lidar com as frustrações próprias do tratamento de uma doença crônica;
- Conhecer um pouco de psicofarmacoterapia;
- Ter certa dose de objetividade, persistência ;
- Ser muito afetivo.

O grupo é uma forte contribuição dentro da esfera multidisciplinar. A soma de possibilidades de cuidado, seja psicológica, física e ou medicamentosa, pode aumentar a probabilidade de recuperação do dependente. A escolha de apenas uma técnica, provavelmente, não daria conta da demanda configurada na dependência química.

Descreveremos os tipos de grupos mais abordados no tratamento da dependência química.

No que concerne aos grupos de Mútua-Ajuda, os mais frequentados por familiares ou dependentes químicos são:

- 1) Alcoólicos anônimos - A.A
- 2) Familiares e amigos de alcoólicos - AL-ANON
- 3) Familiares e amigos de dependentes químicos - NAR-ANON
- 4) Pastoral da Sobriedade;
- 5) Narcóticos Anônimos - NA
- 6) Providência da Vida Solidária PRO-VI-SOL

Diagrama 1: Grupos de Mútua-Ajuda – Volta Redonda, RJ, 2011



Fonte: Canavez 2011

Grupos de Mútua-Ajuda

Os grupos de mútua-ajuda são agrupamentos de pessoas de diferentes idades e classes sociais, em busca de apoio mútuo para superar vícios ou comportamentos compulsivos que as levaram a uma vida destrutiva e, na maioria das vezes, a um contexto de exclusão social (CAMPOS, 2001).

São sugeridos aos membros de grupos de mútua-ajuda, como processo útil para atingir e manter a abstinência os doze passos (ALCOHOLICS ANONYMOUS, 1953).

- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
- Viemos acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.
- Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que o concebíamos.
- Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
- Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.

- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- Humildemente pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
- Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
- Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
- Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- Procuramos, pela prece e pela meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
- Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Ao analisar os doze passos sugeridos pelos grupos de mútua ajuda, percebe-se o quanto eles conduzem a um processo reflexivo.

No primeiro passo, ao se admitir a impotência perante alguma coisa, neste caso em discussão, a droga, ter-se-ia perdido o domínio sobre nossa vida. A pessoa ao fazer esta análise se rende e desiste de tentar mudar algo que é mais forte que ela. Na tentativa de dominar uma situação, acaba sendo dominado.

No segundo passo, quando se fala em Poder Superior, não importa a crença ou religião, mas sim, o fato que algo maior pode nos devolver a sanidade.

No terceiro passo, ocorre a segunda rendição, já que não posso contra o problema, que um Poder Superior possa agir a meu favor.

No quarto passo, sugere-se que seja feito um minucioso e destemido inventário moral, o que significa fazer uma relação das qualidades e dos defeitos de caráter de cada pessoa. Relembrar atitudes e comportamentos inaceitáveis, ou seja, realizar uma “catarse”¹.

¹ Palavra que se refere à purificação das almas por meio de uma descarga emocional provocada por um drama. (Aristóteles)

No quinto passo, sugere-se que, após a autocrítica realizada no quarto passo, possa-se admitir perante o Poder Superior e a uma outra pessoa, que geralmente é o “padrinho” do grupo de mútua-ajuda, os defeitos de caráter e as falhas cometidas em virtude destes defeitos.

No sexto passo, ocorre a terceira rendição ao permitir que um Poder Superior remova os defeitos de caráter.

No sétimo passo pede-se ao Poder Superior que remova tais imperfeições.

O oitavo passo é autoexplicativo, pois sugere que seja feita uma relação de todas as pessoas que se tenha prejudicado e que dispomos sinceramente reparar os danos que causamos.

No nono passo é a ação, ela concretiza as reparações a quem se tenha prejudicado.

O décimo passo relembra que somos imperfeitos, mesmo se tendo disposto a fazer modificações comportamentais, se é sujeitos a falhas. Mas agora, procura-se errar menos e quando for inevitável, fazer reparações.

O décimo primeiro passo é genuinamente espiritual. É a busca de um relacionamento mais íntimo com o Poder Superior, seja pela prece ou meditação.

O décimo segundo passo consiste em levar a mensagem, passar aos outros o que se aprendeu e praticá-lo em todo os momentos da vida.

Burns (2005, p.11) refere que os grupos de mútua-ajuda, têm como base os doze passos de alcoólicos anônimos, que apresentam uma fonte importante de apoio para a recuperação de muitas pessoas que procuram ajuda para problemas com drogas. Isso porque eles são:

- Numerados (partindo do particular para o geral com a finalidade de mostrar que a recuperação é um processo e não um evento);
- Apresentados numa linguagem simples.
- Compreendidos como valores fundamentais da vida;
- Escritos no tempo passado, para que as sugestões não sejam percebidas como mandamentos;
- Expressos no plural, pressupondo que a prática deve dar-se num contexto grupal.

Os grupos de mútua-ajuda, têm, também, como único requisito à participação, o desejo sincero de não agir compulsivamente a qualquer tipo de dependência, seja ela física ou emocional. Qualquer duas pessoas, com esse desejo, podem formar um grupo.

Grupo 1.1 - Alcoólicos Anônimos

Os alcoólicos anônimos foi criado, nos Estados Unidos, em 1935, por dois alcoólatras que se beneficiaram com a troca de experiências e estenderam a descoberta aos demais. Tornou-se, um tempo depois, uma referência no tratamento. Estima-se que existam mais de 98.000 grupos em 150 países. No Brasil, o primeiro grupo foi fundado no ano de 1948, na cidade do Rio de Janeiro. A última estimativa feita foi de 6.000 grupos distribuídos pelo país (BURNS; LABONIA FILHO, 2006).

A proposta de tratamento de A.A. é relativamente simples e parte do pressuposto de que o alcoolismo é uma doença (física, psicológica e espiritual) que não tem cura, mas pode ser “interrompida” por meio da abstinência total. A confiança com que este objetivo é determinado, atrai principalmente, pessoas que se encontram sem condições de ter objetivos próprios.

A provável fonte de motivação que o A.A. oferece é a integração que o indivíduo faz das consequências negativas e positivas do uso. A mensagem constante é de que a sobriedade trará benefícios (reforçado por depoimentos, experiências e vivência/ modelo das pessoas em recuperação) e de que a bebida progressivamente trará inúmeros malefícios.

O grupo de mútua-ajuda mais popular do mundo é o A.A., pois possui uma linha estruturada e uniformizada de pensamentos e nas reuniões são feitas constantes referências aos doze passos que expressam sua ideologia básica (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1953).

Grupo 1.2 - AL-ANON,

A partir do modelo do A.A., outros grupos foram constituídos, como é o caso AL-ANON. Embora independentes, funcionam aliados ao A.A.

O Al-Anon foi fundado no início da década de 1940 por um grupo de esposas de alcoólicos adaptando os programas de recuperação dos Alcoólicos Anônimos.

Está presente em mais de 100 países, porém, no Brasil surgiu em 1961. (PAYÁ; FIGLIE; BUZI, 2004).

Os familiares pela própria convivência são diretamente afetados pelos problemas provenientes do alcoólico alterando o funcionamento do lar. À medida que esse deixa de fazer uso de bebida alcoólica, seja por um tratamento ou não, as reações dos familiares continuam sendo as mesmas de quando ele se encontrava sob efeito da bebida alcoólica. Um comportamento que foi sendo modificado durante anos não irá acabar somente com a cessação do beber abusivo.

O grupo Al-Anon surgiu no intuito de compartilhar experiências para os que estão convivendo no momento com um alcoólico e para os que não estão sabendo conviver com a mudança no contexto familiar, quando uma pessoa deixa de beber. Seus membros compartilham suas experiências nas reuniões de grupo e buscam forças e esperança na tentativa de resolver problemas comuns. Eles acreditam que o alcoolismo é uma doença familiar e que mudanças de atitudes podem colaborar com a recuperação. Os membros do grupo “sabem, através do compartilhar de experiências, força e esperança nas reuniões, que existe muito mais para se recuperar dos efeitos do alcoolismo do que apenas a convivência com a sobriedade pode nos dar.” (AL-ANON, 1997).

Grupo 1.3 - Nar-Anon

O Nar-Anon surge nos Estados Unidos na mesma hora e local da única reunião existente de N.A. com membros do Al-Anon e mulheres membros do N.A. No Brasil teve início em 1979, na cidade de São Paulo. No início do ano 2000 o Brasil já contava com mais de 250 grupos espalhados em 21 estados (BRASIL, 2006).

Pelo mesmo princípio do Al-Anon, o Nar-Anon é um grupo de apoio para os que são afetados pela convivência com um dependente químico.

As reuniões de grupos podem ocorrer em um espaço próprio ou em espaços cedidos, sendo aberto para qualquer pessoa que queira participar e que se sinta afetado pelo uso de drogas de algum ente querido. As reuniões podem ocorrer também em um espaço determinado, sendo de uso exclusivo para aqueles que estão ligados a esse lugar, tais como indústria, quartéis ou escolas (NAR-ANON, 1993).

Grupo 1.4 - Narcóticos Anônimos

Seguindo o modelo do A.A, surge nos Estados Unidos, em 1953, um grupo de apoio para usuário de drogas em geral. Ocorrem cerca de 40 mil reuniões semanais em 130 países (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 2011).

Percebe-se que com o crescimento dos usuários de drogas ilícitas, o público do N.A, tem se tornado bastante necessário, por estar espalhado por todo o país, estando em lugares onde há poucos recursos disponíveis para o tratamento da dependência química. O N.A. é o grupo que mais cresce. No Brasil são cerca de 1.500 reuniões semanais com 15.000 membros (JOHN FILHO; BURNS, 2006).

Como não há um pré-requisito para que uma pessoa procure uma sala de N.A sendo necessário apenas o desejo de parar de usar a substância, o usuário de drogas ilícitas como a cocaína e o crack pode ver este grupo como um local de acolhimento em contrapartida com outros locais que associam essas drogas com marginalidade e criminalidade. Para ingressar num grupo não há a necessidade de uma pré-inscrição e a continuidade pode ser feita em qualquer unidade existente no país e no mundo.

Grupo 1.5 - Pastoral da Sobriedade

O grupo Pastoral da Sobriedade é um organismo da Igreja Católica ligada a CNBB (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil), consistindo numa recuperação concreta da Igreja na Prevenção e Recuperação da Dependência Química (PASTORAL DA SOBRIEDADE, 2011).

A Pastoral da Sobriedade possui 12 passos para uma sobriedade cristã diferente dos grupos de mútua-ajuda. São eles: 1) admitir; 2) confiar; 3) entregar; 4) arrepende-se; 5) confessar; 6) renascer; 7) reparar; 8) professar a fé; 9) orar e vigiar; 10) servir; 11) celebrar; 12) festejar. Esses passos estão incluídos em uma oração da sobriedade.

Os grupos são do modelo de autoajuda, se baseando no modelo sistêmico da psicologia. O modelo sistêmico considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substância e o funcionamento familiar (RENNA, 2001). Portanto, a dinâmica de partilhar experiências e orientação é semelhante aos grupos de mútua-ajuda. Por ser um instrumento da Igreja Católica possui uma ação evangelizadora.

Os grupos familiares ligados a alguma denominação religiosa, assim como a Pastoral da Sobriedade, não são restritos a membros dessas denominações, entretanto o modo de condução do grupo possui um viés religioso se baseando em dogmas e nas Escrituras, sendo mais frequentado por aqueles que possuem alguma ligação com essa doutrina.

Grupo 1.6 PRO.VI.SOL

Esse movimento teve origem na Argentina, em 1986, com o nome de MO.VI.CO (Movimento de Vida Comunitária) e iniciou sua atividade no Brasil, em 1993, na cidade de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, com o nome de PRO.VI.SOL. Está presente na Europa, América Latina e no Brasil nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais (PRO-VI-SOL, 2011).

O foco de atuação não é a dependência química. O objetivo é “transformar o mundo velho num mundo novo, onde todas as pessoas possam se conhecer e relacionar-se bem consigo mesmo, com os outros, com a natureza, com Deus e assim, formar uma nova sociedade, onde a fraternidade, a igualdade e a solidariedade sejam possíveis”.

Esse projeto não é ligado a uma religião específica, porém, citam Jesus de Nazaré como referência. Trabalha com experiências de vida. Em seguida faz com que a pessoa “descubra como foi programada para servir aos interesses do sistema” (PRO.VI.SOL., 2011). Ao ser libertada a pessoa começa a modificar o ambiente em que pertence começando pela família e depois o bairro e o local onde vive e trabalha. Possui uma base territorial nos bairros, esse tipo de grupo possui um viés comunitário não sendo um grupo direcionado para o objetivo dessa pesquisa como os demais mencionados.

Alguns profissionais da área de saúde têm dificuldades em relacionar-se com os grupos de mútua-ajuda (JOHN FILHO, BURNS, 2006), pois não são fundamentados em nenhuma teoria ou linha de trabalho. Seu teor espiritual/religioso não se encaixa bem em algumas linhas de psicoterapia e membros de grupos de mútua-ajuda podem criar laços emocionais muito fortes com seus companheiros levando ao fanatismo.

Vale ressaltar que [...] “está recomendado, como parte de seu tratamento que os alcoólatras frequentem os grupos de A.A.” (CECIL , 1988).

Com mais de 150 estudos realizados sobre a eficiência de grupos de autoajuda, desde 1980 não há dados definitivos sobre a eficácia de A.A., devido a sua particular estrutura. Entretanto, um movimento que atrai milhões de dependentes no mundo inteiro e que, depois de 65 anos, continua crescendo, tem algo a contribuir como uma modalidade de tratamento, eficaz no enfrentamento das dependências. (JOHN FILHO; BURNS; 2006).

Grupos 2 – Terapêuticos

Este grupo é reconhecido como Grupos Terapêuticos em serviços especializados. A Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) que estabelece a constituição dos CAPS, no item relacionado ao CAPS ad II, não menciona como obrigatoriedade um profissional com formação em abordagem familiar, mas se for pertinente ao serviço ele entrará no quadro de profissionais de nível superior. Nesta Portaria, a inserção familiar deve fazer parte do tratamento do dependente químico, podendo ser individual ou grupal, dependendo da demanda da unidade. No CAPS ad II cenário onde se desenvolveu este estudo, as atividades grupais são privilegiadas, deixando os atendimentos individuais para casos específicos.

Como não existe um pré-requisito de formação familiar para se trabalhar no CAPS, o grupo de família poderá ser conduzido pelo profissional que tiver uma habilidade natural, formação acadêmica ou até mesmo vontade de fazer um trabalho voltado para esta clientela. O grupo familiar do CAPS ad II de Volta Redonda já foi coordenado por diferentes categorias profissionais, dentre as quais se destacam: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e conselheiro em dependência química.

O profissional que estiver realizando o grupo deverá desenvolver a escuta, através dos relatos e dar continuamente *feedback*. O profissional condutor também poderá se utilizar de textos, filmes e dinâmicas de grupo, desde que pertinentes ao trabalho. O grupo também pode servir de espaço de discussão de aspectos gerais do tratamento como solicitar sugestões de condução das abordagens, formação de uma comissão para conversar diretamente com o gestor, dentre outras.

Já os grupos terapêuticos familiares realizados em clínicas de internação, geralmente são feitos em uma parte do horário de visita, onde há um relato de informações de como o paciente está no cotidiano da internação. A família é

instruída de como recebê-lo quando este retornar ao convívio do lar, e em seguida é estudado algum tema pertinente à área.

A utilização da psicoterapia de grupo é um dos instrumentos utilizados em clínicas de recuperação e nos CAPS. Pode ser para inúmeras finalidades e sua forma de agir dependerá da formação dos especialistas. As técnicas não são em geral voltadas para a aplicação em grupos com familiares e sim em tratamento direto com o próprio dependente químico, entretanto, o conhecimento de uma determinada técnica irá nortear a abordagem do profissional em sua prática de atuação, seja com o dependente ou sua família. Existem várias técnicas para conduzir os grupos, dentre as mais utilizadas destacam-se: cognitivo comportamental, entrevista motivacional, prevenção de recaída e modelo sistêmico (MELO; FIGLIE, 2004)

A Terapia Cognitivo-Comportamental reúne técnicas da escola comportamental e da linha cognitiva. A abordagem cognitivo-comportamental parte da premissa que o comportamento de utilizar um determinado tipo de substância é apreendido e mantido por meio de reforços/positivos e negativos, os quais podem ser provenientes das interações familiares (PAYÁ; FIGLIE, 2004), ou seja, as formas de lidar com os familiares incidem diretamente no uso da substância e a melhora dessa interação funciona como forma de lidar com esse problema.

Quanto a Entrevista Motivacional derivada do modelo cognitivo-comportamental se foca na criação de um ambiente favorável e busca “aumentar a motivação intrínseca do paciente, de modo que a mudança venha de dentro em vez de ser imposta de fora”. (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Utilizando-se o modelo de Estágios de Mudança desenvolvido por Prochaska e DiClemente, a motivação para a mudança é parte de um processo onde paciente passa por diferentes estágios (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 2001). Esses estágios iniciam com uma recusa em aceitar sua condição e terminam em uma manutenção da abstinência. O familiar também pode ser beneficiado por esta técnica, pelo fato de que também passa por esses estágios de mudança, que começam com uma recusa de aceitar que há um problema na família, até chegar a um estágio de saber lidar com a situação.

A prevenção de recaída também é derivada do modelo cognitivo-comportamental e “consiste num repertório de meios e estratégias que o indivíduo usuário pode utilizar para evitar recaída em certos comportamentos que fazem parte do quadro da dependência” (MARLATT; GORDON, 1993). Essa técnica, a princípio,

é vista como sendo de exclusividade no trato com o dependente químico, entretanto se pensarmos que entre os motivos comumente relatados pelos pacientes de recaída, estão à dificuldade de lidar com o meio familiar. É interessante que os familiares também possam ser beneficiados por esta técnica. Além disso, recaída está relacionada a um retorno do comportamento anterior que não está necessariamente associado ao uso de substâncias psicoativas.

Vale acrescentar que no Modelo Sistêmico “a família é vista como um sistema que se mantém em equilíbrio por meio de regras do funcionamento familiar” (PAYÁ; FIGLIE, 2004). Esse modelo demonstra a família como um sistema em que as pessoas são vistas inseridas neste contexto e não de forma isolada, fazendo com que a partir do momento em que um dos membros faça uso de uma substância psicoativa, os demais membros são atingidos de uma forma mais direta que imaginam. “Se pudermos entender que o uso de drogas já indica uma dinâmica familiar comprometida, ampliaremos nossa concepção e expandimos a compreensão do fenômeno no sentido de que, não abordamos apenas um indivíduo que se droga, e sim uma família que forma um sistema no qual a dependência química de um de seus membros é parte de sua dinâmica (LEITE; ANDRADE, 1999).

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, com o objetivo de investigar a problemática da codependência familiar inserida no Grupo de Orientação do CAPS ad II, apoiado na Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee.

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Quanto à pesquisa exploratória, esta geralmente proporciona maior familiaridade com o problema, ou seja, tem o intuito de torná-lo mais explícito (FIGUEIREDO, 2004).

Na pesquisa qualitativa o pesquisador procura reduzir a distancia entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação, usando a lógica da análise fenomenológica, isto é, da compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação. As experiências pessoais do pesquisador são elementos importantes na análise e compreensão dos fenômenos estudados (TEIXEIRA, 2007).

A pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística e naturalista, pois se preocupa com a complexidade dos indivíduos e o ambiente, dispensa as limitações e os controles impostos pelo pesquisador, pois o percurso metodológico é desenhado a partir do significado dos dados ou das informações que vão surgindo, sendo comum o desenvolvimento da coleta de dados concomitante à fase de análise. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Esta afirmação está relacionada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos atores.

A pesquisa qualitativa se torna relevante por buscar conhecer o pensamento dos autores no que se refere à atuação do enfermeiro na construção de estratégias, para expansão da assistência aos familiares do usuário de álcool e outras drogas: desafios e possibilidade.

No desafio de investigar a problemática da codependência familiar de dependente químico inserida no Grupo de Orientação do CAPS ad II, optou-se por um referencial teórico que focalizasse o relacionamento interpessoal como um processo interativo no cuidado enfermeiro/cliente.

Travelbee (1979) considera que a relação interpessoal terapêutica é um processo de troca de comprometimento, ressaltando ser o enfermeiro o responsável por ajudar o paciente a encontrar a sua própria cura.

Na concepção de Travelbee (1975), quando descreve a Teoria Interpessoal, nos relata que é de responsabilidade do enfermeiro ajudar o doente e sua família a encontrar significado no sofrimento e na doença. A família não pode desempenhar um papel secundário no tratamento da dependência química, pois, a magnitude do estresse vivenciado por ela, causa consequências em sua própria saúde física e mental, requerendo do enfermeiro cuidados específicos. Vale ressaltar, que Jackson (1954), já relatava que o alcoolismo dentro de uma família traz uma grande dose de estresse, transformando-se rapidamente numa doença de todo o grupo familiar.

O enfermeiro se une ao paciente/família para ajudá-lo a revelar e compreender sua experiência, e a partir daí, desenvolver um relacionamento, dando-lhes a responsabilidade de observar sua própria experiência, analisar seus elementos, reconhecer o que está ocorrendo, expressar isto com outras pessoas através da comunicação e de examiná-la numa perspectiva adequada.

Portanto, a relação interpessoal terapêutica é um processo de troca de comprometimento, sendo o enfermeiro responsável por ajudar o paciente a estabelecer uma relação terapêutica.

Cenário

O cenário proposto para a realização dessa pesquisa foi o CAPS-ad II, situado no Município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro. Este município possui uma população de 255.653 habitantes (IBGE, 2007).

Os CAPS são considerados serviços estratégicos em saúde mental, por se organizarem em equipes multidisciplinares e complementares, e procurarem atender às diferentes necessidades das pessoas em seu processo de tratamento e reabilitação.

A equipe do CAPS ad II é composta por um enfermeiro, um coordenador, dois médicos, seis psicólogos, dois assistentes sociais, quatro conselheiros em dependência química, um arte terapeuta, dois recepcionistas, dois agentes administrativos e dois auxiliares de serviços gerais.² É importante ressaltar que os

² Dados obtidos através de entrevista realizada com o coordenador da unidade.

CAPS ad devem ficar responsáveis somente pelos casos mais graves e complexos identificados na comunidade, ou seja, aqueles casos que apresentam um padrão de dependência, ou grave comprometimento sócio-familiar, e não por toda e qualquer pessoa que tenha problemas com álcool e outras drogas. Essas pessoas, que não são dependentes, constituem a maior parcela da população e devem ser atendidas na atenção básica de saúde, é claro que contando com o apoio do CAPS ad, e de forma articulada ao restante da rede de saúde e dos outros serviços necessários ao cuidado (CRUZ; FERREIRA, 2006).

Atualmente o CAPS ad II de Volta Redonda, conta com cerca de 400 usuários em atendimento, sendo divididos em 18 atividades entre grupos e oficinas terapêuticas, dentre os quais, foi incluído neste estudo, apenas o grupo familiar.

O grupo familiar tem sido desenvolvido em sessões semanais, com temas previamente estabelecidos ou temas que surgirem durante o depoimento dos familiares, com duração de 90 minutos, reunindo-se um ou mais membros de cada família, estando o dependente químico aderido ou não ao tratamento. Vale ressaltar que a média geral de participação no grupo, a partir de Janeiro 2007, tem sido em torno de 200 familiares ao ano, com média de 20 participantes por reunião.

As participações familiares no grupo são sugeridas pelos profissionais que assistem aos dependentes químicos, como parte do tratamento deles, pois a adesão do familiar ao tratamento tem se mostrado como uma ferramenta importante para a continuidade do dependente químico no CAPS ad II, já que a família também é vista como foco de cuidados da equipe.

Sujeito

Os participantes desse estudo foram constituídos pelos familiares de dependentes químicos, que participam do Grupo de Orientação Familiar do CAPS ad II, localizado no município de Volta Redonda - RJ

Para inclusão na pesquisa estabeleceu-se os seguintes critérios:

- Estar participando do grupo há pelo menos um mês.
- Ser um membro de cada família do dependente químico.

Foram excluídos os menores na faixa etária abaixo de 18 anos e os que não aceitaram o convite como participantes da pesquisa.

Coleta de dados

Para seleção dos participantes do grupo, foi feito o primeiro contato onde foram explicados os objetivos do estudo e a apresentação do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Posteriormente, foi feita uma relação nominal e um aprazamento individual das pessoas que se propuseram a participar das entrevistas. Este processo foi repetido no período de junho a julho de 2011, sempre às terças e sextas feiras, dias em que o grupo se reúne. Vale ressaltar que a composição do grupo era de pessoas diferentes, de acordo com o dia da semana. Realizaram-se um total de vinte e cinco entrevistas, todas utilizadas na análise .

Os membros novos do grupo só puderam ser entrevistados após um mês de participação nas reuniões. As entrevistas cessaram a partir do momento em que as respostas começaram a se repetir ou a se tornaram semelhantes.

Instrumento de obtenção de dados

Para a obtenção dos depoimentos, utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada, realizada com participantes do grupo de orientação familiar (Apêndice B). Optou-se por este instrumento considerando que todas as formas de entrevista com pouca formalização possuem a vantagem de permitir um diálogo mais profundo e rico e de apresentar os fatos em toda a sua complexidade, captando não apenas as respostas aos questionários, mas também os sentimentos dos sujeitos pesquisados (LEOPARDI, 2002).

O roteiro da entrevista pautou-se em:

- Dados de identificação e sociodemográficos do familiar do dependente químico: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, profissão/ocupação e grau de parentesco;
- Dados de identificação do dependente químico: sexo e idade; tempo de dependência da droga; tipo de droga utilizada; motivo que o levou ao uso de drogas;
- Participação da família em grupos para orientação familiar: sentimentos do familiar perante a dependência química; percepção sobre a participação no grupo de orientação familiar no que diz respeito à convivência familiar; participação familiar no tratamento do dependente químico; expectativas familiares quanto à participação no grupo de orientação e sugestões sobre os próximos encontros.

Análise dos dados

A análise dos dados deu-se através da Análise de Conteúdo, que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistêmicos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção, destas mensagens (BARDIN, 2009).

Esta técnica consiste no tratamento das informações contidas na mensagem dos sujeitos investigados, buscando outras realidades nesta mensagem. Seu objetivo é a fala, isto é, o aspecto individual das significações do conteúdo. A Análise de Conteúdo deseja compreender o que está implícito no discurso do sujeito, buscando a sua codificação em unidades de compreensão.

Para organização da análise dos dados produzidos seguiu-se três fases distintas, recomendadas por Bardin, 2009:

1) Fase pré-análise: onde se organiza as idéias iniciais através da escolha dos documentos a serem submetidos à análise.

2) Fase Analítica: realiza-se a leitura minuciosa do conteúdo do discurso dos sujeitos, para extração de tudo o que interessa para esta pesquisa; se determina as palavras chave ou frases, através do recorte dos depoimentos, a fim de orientar a análise do conteúdo, visando-se descrever as características dos relatos textuais e temático dos entrevistados, as condições que induziram ou produziram a mensagem norteadora para a análise. A categorização dos elementos vem a seguir, através da classificação e agregação dos dados colhidos, para que pudéssemos tratar e interpretar os resultados em categorias e subcategorias temáticas. A análise categorial trata do desmembramento do discurso em categorias, nas quais os critérios de escolha e de limitação dos temas estão relacionados ao objeto da pesquisa, que foram identificados nos discursos dos sujeitos da pesquisa.

3) Interpretação inferencial: nesta última fase é onde ocorre à análise de conteúdo propriamente dita. Por meio da síntese e seleção dos resultados realiza-se inferências e interpretações, observando a relação do sujeito da pesquisa com o objeto pesquisado, onde foi realizado uma análise essencialmente temática.

As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (DESLANDES, 2002; p.70).

Aspectos éticos

Todo o processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) cujo projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda- UniFOA – protocolo de aprovação: 061/11. Foi solicitada autorização para a pesquisa a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, conforme folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos e assinatura da carta de anuência pelo coordenador do CAPS ad II (APÊNDICE C).

Os entrevistados foram contatados nas reuniões do Grupo de Orientação para Familiares do CAPS ad II e informados a cerca da pesquisa e de seus objetivos e que não seria revelado sua identidade, assim como que a qualquer momento poderia desistir de sua participação no estudo. Posteriormente foi feita uma relação nominal e um aprazamento individual das pessoas para que comparecessem ao CAPS ad II no dia e hora marcada. No local marcado, antes de iniciarmos a coleta de dado, mais uma vez reforçávamos os objetivos da pesquisa, momento em que o entrevistado assinava o Termo Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE).

Os familiares entrevistados foram nominados, obedecendo à ordem em que as entrevistas foram realizadas. Exemplo: Depoente 1 (Dep. 1), Depoente 2 (Dep. 2) que corresponde ao entrevistado 1 e 2, e assim sucessivamente até o último entrevistado.

4 RESULTADOS

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação, análise e discussão dos dados seguiram três momentos distintos:

No primeiro momento buscou-se a caracterização sócio-demográfica dos familiares pesquisados, agrupados e distribuídos por idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, profissão/ocupação e grau de parentesco. Tornou-se necessário esta caracterização para que se pudesse apresentar o perfil dos partícipes no grupo de ajuda familiar de dependentes químicos, os quais são compostos por pessoas com características sociodemográficas heterogêneas, porém, com semelhança dos aspectos particulares de suas vidas.

No segundo momento privilegiou-se a descrição dos dados sobre o dependente químico (idade, sexo, tempo do uso da droga, tipo de droga utilizada, motivos que o levou ao uso da droga) e comorbidade.

No terceiro momento descreveu-se a codependencia, os sentimentos da família do dependente químico, a participação em grupos de orientação familiar e no tratamento do dependente químico.

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa e do dependente químico

- Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa

Os dados referentes aos aspectos sociodemográficos dos partícipes deste estudo foram agrupados e distribuídos por idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, profissão/ocupação e grau de parentesco. Tornou-se necessário a caracterização dos entrevistados, para que se pudesse, desta forma, conhecer o perfil dos partícipes no grupo de ajuda familiar de dependentes químicos os quais são compostos por pessoas com características sociodemográficas heterogêneas, porém, com semelhança dos aspectos particulares de suas vidas (quadro 1).

QUADRO 1- Dados sociodemográficos de familiares de dependentes químicos que participam dos grupos de orientação familiar do CAPS ad II. VOLTA REDONDA, RJ, 2011.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	PERCENTUAIS
IDADE	Média=61 anos
SEXO	80% (N=20) mulheres 20% (N=5) homens
ESTADO CIVIL	44% (N=11) casado 44% (N=11) viúvo 8% (N=2) solteiro 4% (N=1) divorciado
ESCOLARIDADE	72% (N=18) 1º grau completo 24% (N=6) 2º grau completo 4% (N=1) superior completo
RELIGIÃO	68% (N=17) católico 32% (N=8) evangélico
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	44% (N=13) aposentado 24% (N=6) do lar 8% (N=2) professora ensino fundamental 4% (N=1) cabeleireiro 4% (N=1) autônomo 4% (N=1) empregado doméstico 4% (N=1) artista plástico
GRAU DE PARENTESCO	48% (N=12) mãe 20% (N=5) esposa 12% (N=3) irmã 12% (N=3) irmão 8% (N=2) pai

Fonte: Canavez (2011) dados da pesquisa

A faixa etária dos familiares entrevistados variou entre 40 e 83 anos. A maioria era do sexo feminino 80% (20); contra 20% (5) do sexo masculino. Esta participação maior do sexo feminino talvez se dê por uma questão convencional, em que a mulher é vista como a responsável em cuidar da saúde dos integrantes da família, procurando desta forma, mais assistência nos serviços de saúde. Culturalmente, a mulher continua a representar o membro da família responsável pelos cuidados a serem prestados aos familiares (BEATTIE, 2007).

O estudo revelou que 44% (11) dos familiares eram casados, a mesma quantidade de viúvos, 8% (2) de solteiros e 4% (1) de divorciados. Estes dados revelam que a situação conjugal/estado civil dos familiares dos dependentes químicos não interfere no acontecimento maior ou menor de dependência química nas famílias, visto que o número de pessoas casadas se equipara com viúvos, contra apenas 2 solteiros e 1 divorciado.

Diante destes resultados observa-se que a dependência química não leva em consideração apenas a composição familiar como critério causal deste problema, ela afeta, indiscriminadamente, vários tipos de famílias.

Quanto ao grau de escolaridade, 72% (18) familiares tinham o primeiro grau incompleto, 24% (6) o segundo grau completo e apenas 4% (1) tinha nível superior. Mesmo que os entrevistados tenham sido heterogêneos quanto ao nível de escolaridade, não se teve nenhuma dificuldade na realização das entrevistas e no entendimento dos questionamentos realizados. Acredita-se que o fato de estarem vivenciando o mesmo problema os aproximou e que as diferenças não se mostraram.

Ao participar de um grupo com diferentes níveis de escolaridade, o enfermeiro deve interagir com a família com a maior clareza possível, recebendo *feedback* constante para verificar se o que está sendo dito é o que está sendo compreendido pelos membros do grupo.

Duchamel (2007) recomenda aos enfermeiros que se propõem a ajudar famílias com alguma problemática de saúde, o conhecimento da percepção de cada membro quanto ao funcionamento da família, pois influenciará os comportamentos de cada um, assim como o funcionamento de todo o sistema familiar.

Outro aspecto levantado foi à condição de religiosidade, evidenciando que o grupo foi constituído na sua maioria por familiares católicos 68% (17) e evangélicos 32% (8). Durante as entrevistas muitos participantes relataram o seu sentimento de fé e esperança em Deus na recuperação de seus familiares. Estudos apontam a relevância da prática de uma religião e da fé para a manutenção harmônica da vida e melhora das condições de saúde (MOREIRA; LOTUFO; KOENIG, 2006).

Quanto à profissão/ocupação dos sujeitos da pesquisa obtivemos ocupações variadas com percentuais significativos para aposentados 48% (12) e do lar 24% (6).

Com relação ao parentesco, o grupo foi composto por 48% (12) de mães, 20% (5) de esposas, 12% (3) de irmãs, 12% (3) de irmãos e apenas 8% (2) de pais. Entre os pesquisados, aqueles que estiveram mais presentes foram as mães, reforçando a dimensão do papel materno e o seu desdobramento no cuidar humano. Estes dados corroboram os estudos de Beattie (2007) e Ziemer (2005) que também encontraram maior número de mães e esposas cuidando dos familiares de dependentes químicos.

- Caracterização do dependente químico

A caracterização do dependente químico cuja família participa dos grupos de ajuda refere-se à idade, sexo e início do uso de droga. (quadro 2).

QUADRO 2- Dados dos dependentes químicos cujas famílias participam dos grupos familiares do CAPS ad II. Volta Redonda, RJ, 2011.

PERFIL DOS DEPENDENTES	% N
SEXO	84% (N=21) Masculino 16% (N= 4) Feminino
IDADE	12% (N=3) 20 a 29 anos 16% (N=4) 30 a 39 anos 48% (N= 12) 40 a 49 anos 12% (N=3) 50 a 59 anos 8% (N=2) 60 anos ou mais
INÍCIO DO USO DE DROGAS	8% (N=2) 6 a 9 anos 76% (N=19) 10 a 19 anos 12% (N=3) 20 a 29 anos 4% (N=1) 30 anos

Fonte: Canavez (2011) dados da pesquisa

A partir das entrevistas com os 25 partícipes da pesquisa obteve-se 84% (21) do sexo masculino e 16% (4) do sexo feminino. Estes dados vão ao encontro a um grande número de pesquisas realizadas nesta área, demonstrando que a maioria dos dependentes químicos se concentra no sexo masculino, porém, observa-se um aumento significativo do número de mulheres que consomem drogas no Brasil (GALDURÓZ, 2002). Na região onde foi realizada esta pesquisa este fenômeno acompanha o restante do país. Até recentemente, o uso e abuso de substâncias psicoativas era um problema do universo masculino, tendo como causa e efeito à sub-representação das mulheres em estudos sobre esta temática e um conhecimento limitado sobre mulheres usuárias de drogas (BRASIL, 2004).

A expansão, diversidade e complexidade que envolve o consumo de drogas têm demandado a necessidade de se estudar este assunto de forma a contemplar esta clientela que se encontra em crescimento. A perspectiva de gênero vem sendo indicada como uma poderosa abordagem para reconhecer o impacto de construção

social da masculinidade e da feminilidade, sobre o uso de drogas em grupos e individualmente (BRASIL, 2004).

Quanto à faixa etária dos dependentes químicos variou dos 20 aos 64 anos, sendo 12% (3) de 20 a 29 anos, 16% (4) de 30 a 39 anos, 12% (3) de 50 a 59 anos, 8% (2) de 60 anos ou mais e predominou a faixa etária entre 40 e 49 anos com 48% (12).

Estes dados vem corroborar com o que ocorreu na cidade de Volta Redonda durante o período de privatização da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em 1993, que deixou 60 mil desempregados (SANTIAGO, 1998). Acredita-se que o desemprego naquela década tenha influenciado o comportamento de muitos jovens trabalhadores, induzindo-os para o uso de substâncias psicoativas. Os jovens e adultos jovens daquela época são hoje os que se encontram na faixa etária dos 40 aos 49 anos.

Estes resultados tendem a concordar com estudos de Crives e Dimenstein (2003) quando advertem que o incremento ao uso de drogas vem sendo associado à situação de vulnerabilidade social vivida por alguns grupos e pela cultura do consumo prazeroso na sociedade. Por isso, o autor considera que ampla parcela da sociedade vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social. Esse tipo de exclusão atinge tanto pobres quanto ricos de forma violenta, na medida em que aponta para a ausência de valores identitários, para uma crise de significações do imaginário social.

Quando os familiares foram questionados em que idade achavam que seus parentes haviam iniciado o uso de drogas, a grande maioria respondeu que a faixa etária mais atingida foi de 12 a 18 anos 76% (19), isto é, na adolescência. Baseando-se em pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas- CEBRID, no ano de 2001, o número de adolescentes usuários de drogas só vem aumentando nos últimos anos, sendo cada vez mais precoce este início (FIGLIE, FONTES, MORAIS et al, 2004; SILBER, 1998).

Há vários questionamentos que se pode fazer sobre o por quê do uso de drogas se iniciar especificamente na adolescência. A adolescência é vista como uma fase de transição entre a fase inicial da infância para a fase permanente adulta. Muitas modificações ocorrem nesta fase, ainda em maturação, consistindo no despertar do desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (FIGLIE; FONTES; MORAIS; et al, 2004). Pode-se, então, avaliar o quanto esta fase é importante na

formação de um indivíduo e constatar as conseqüências que sofrerá se esta maturação não ocorrer de forma apropriada. A adolescência, de fato, constitui um período crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação, seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo (SCHENKER; MINAYO, 2005).

As transformações sofridas em geral vem permeadas de dúvidas, instabilidade emocional e a famosa crise da adolescência e de identidade; a droga entra neste contexto como uma resposta possível (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004). Por isso, considera-se que é uma fase permeada de conflitos fazendo com que os adolescentes se utilizem da droga como respostas para estes conflitos que estão vivenciando no meio que os rodeia, seja na família, escola ou grupos afins. Lidar com conflitos e adversidades requer do ser humano estratégias a nível emocional e cognitivo.

Outro dado que chamou atenção foi o de duas crianças (8%), na faixa etária de 6 e 8 anos, quando questionada a família como se inicia o uso de álcool nesta idade foi relatado que eles moravam na zona rural e o pai lhes oferecia a bebida para diminuir o frio e para que eles conseguissem trabalhar melhor.

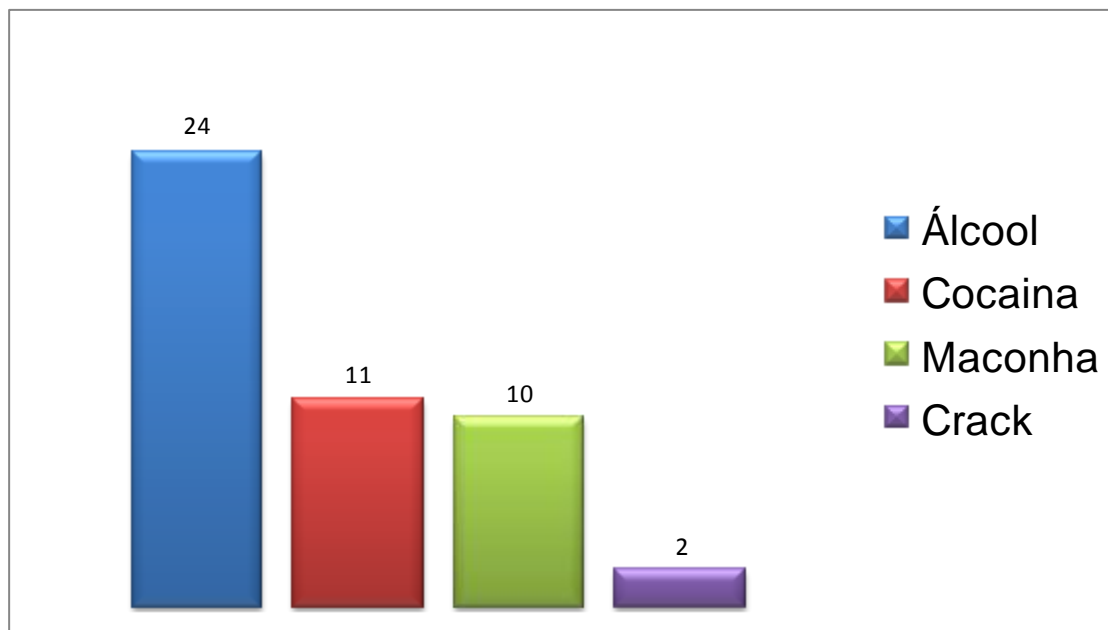
Payá e Figlie (2004, p.341), advertem que atitudes como “rituais familiares considerados normais, por vezes ocorrem em torno do beber, o que interfere no desempenho normal da família”. Geralmente é desta forma que os filhos crescem num contexto cultural onde a bebida se torna parte de suas vidas. A família tem papel fundamental no trato com seus filhos, tornando-se necessário a inclusão de práticas de orientação familiar. O relacionamento efetivo com os pais parece ser um dos fatores responsáveis pela proteção do não-uso de álcool e outras drogas, principalmente o consumo exacerbado (GALDUROZ; NOTO; FONSECA; et al, 2005).

A família possui um papel importante no processo de adaptação resiliente, Grotberg (2005, p.15), define resiliência como sendo “a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”. Por isso entende-se que o enfermeiro possui papel fundamental na utilização deste recurso, auxiliando o dependente químico e sua família a impulsionar as competências individuais e grupais, reforçando assim, a resiliência das pessoas, produzindo o seu fortalecimento como pessoa.

4.2 Tipo de droga utilizada pelo dependente químico

Quando a família foi questionada que tipo de droga seu familiar faz uso, observou-se que havia mais de uma droga. Gráfico 1.

Gráfico 1 – Dados relacionados ao tipo de substância utilizada pelo dependente químico. CAPS ad II - Volta Redonda – RJ 2011



Fonte: Canavez (2011) dados da pesquisa.

A droga que apareceu como sendo a mais consumida foi o álcool 96% (24). A grande maioria dos familiares relatou que seus parentes a utilizam. Isso demonstra que o consumo de drogas lícitas, como o álcool, é muito significativo no contexto local, coincidindo com os estudos realizados no Brasil, que mostram o álcool como a droga mais consumida e a responsável pelos maiores problemas decorrentes do uso abusivo (CRIVES, 2003).

Durante as entrevistas pode-se constatar que o álcool é a droga que os dependentes iniciam, servindo de “trampolim” para o uso de outras drogas. Sobre a ênfase que recai sobre as drogas ilícitas, o consumo de bebidas alcoólicas constitui problema central de saúde pública. Isso devido aos danos secundários ao seu consumo abusivo, seja por problemas físicos, morais, ou sociais. O álcool é sem dúvida, a droga que mais danos causa à sociedade (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

Quanto a droga considerada ilícita, a segunda de maior consumo foi a cocaína com 44% (11). Este dado contraria a literatura que relata ser a maconha a droga mais utilizada por todos os consumidores de drogas ilícitas no Brasil (COUTINHO; ARAÚJO; GONTIES, 2004). Levando-se em consideração que estes dados foram colhidos com familiares que participam dos grupos de ajuda para familiares no CAPS ad II, no que concerne aos efeitos prejudiciais da maconha em curto prazo; Noto e Formigoni (2002) salientam que eles não são bem evidentes, se comparados à cocaína, pois o abuso de cocaína está associado a inúmeros problemas de ordem física, psiquiátrica e social. Demonstrando desta forma, a presença de seus familiares nas reuniões. No Brasil, o Primeiro Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicoativas (CEBRID), constatou-se que 7,2 % dos indivíduos do sexo masculino, entre 25 e 34 anos de idade, já usaram a droga (GALDUROZ; NOTO; FONSECA; et al, 2007).

O consumo da maconha foi relatado por 40% (10) dos familiares. Esse psicotrópico em estudos de Coutinho, Araújo e Gonties (2004), tem a capacidade de produzir alterações no funcionamento do sistema nervoso central, podendo modificar o comportamento dos indivíduos que fazem uso dele. Embora haja alguns usuários múltiplos de maconha e cocaína, estruturam-se grupos antagônicos quanto à identidade e às imagens simbólicas associadas às drogas. No caso particular dos usuários de maconha, estes apresentam atos bucólicos, com referencia ao dia, ao campo, à natureza, à comida, à saúde, ao ócio e à paz. Já a cocaína seria associada a um uso mais urbano e artificial, à saída noturna para boates, ao viver agitado, à degeneração do corpo e à guerra (ZALUAR (2002).

O uso do crack apareceu na pesquisa com 8% (2) usuários. Vale ressaltar que em levantamento do perfil epidemiológico dos usuários do CAPS ad II de Volta Redonda, realizado por Moreira e Braz (2009), o crack não aparecia entre as drogas utilizadas pelos usuários, mas tinha-se notícias que já havia chegado à região de forma rápida e preocupante. O que confirma os dados levantados nesta pesquisa.

Dados epidemiológicos mostram que o uso de cocaína/crack vem crescendo nos últimos anos entre estudantes do ensino médio e fundamental e entre os pacientes que procuram atendimento nas clínicas especializadas (GALDUROZ; NAPPO; NOTO et al, 2005).

Causas determinantes para o uso de drogas

Ao se analisar a concepção da família sobre as causas determinantes para o uso de drogas emergiram duas categorias temáticas: 1) Causas determinantes extrínsecas com três subitens subcategorias; 2) Causas determinantes intrínsecas, com duas subcategorias. Fernandes, Luft e Guimarães (2000), definem extrínsecos, como sendo o que não pertence à essência de uma coisa, circunstâncias extrínsecas, valor extrínseco, e intrínseco como íntimo, inerente, interior, essencial, real.

A construção das categorias acerca dos motivos que levaram o dependente químico a fazer uso de drogas foi efetivada a partir do método de Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas. (quadro 3).

Quadro 3 – Descrição dos motivos que contribuíram para o uso de drogas. Volta Redonda, RJ, 2011.

Categoria	Subcategorias	Unidade de registro (nº de repetições)
1 Causas determinantes extrínsecas	Antecedentes Familiares	Pai alcoólatra (15) Avô alcoólatra (1) Irmãos usuários (9)
	Grupos afins	Amigos (12)
	Hábitos Culturais	Hábitos culturais (2)
2 Causas determinantes intrínsecas	Comorbidade	Transtornos mentais (1)
	Fórum íntimo	Personalidade (2) Timidez (4) Dificuldade em lidar com problemas (8)

Fonte: Canavez (2011) dados da pesquisa

Categoria 1 - Causas determinantes extrínsecas

Esta categoria refere-se às causas externas que independem da pessoa, contendo três subcategorias: Antecedentes Familiares, Grupos Afins e Hábitos Culturais.

Subcategoria 1.1 - Antecedentes Familiares

Entende-se que a estrutura familiar é um dos marcadores para o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. Se houver uma ruptura no desenvolvimento sadio do adolescente, como a presença somente da mãe no domicílio, o uso de drogas pelos pais, atitudes permissivas dos pais, separação, relação ruim com o pai, brigas e agressões dentre outros, esses fatos estão associados com o aumento da probabilidade do adolescente vir a fazer uso de drogas.

Estudos demonstram que os padrões alcoólicos dos pais estão altamente correlacionados ao de seus filhos adolescentes e adultos. A incapacidade de controle dos filhos, indisciplina e uso de drogas pelos irmãos, são fatores predisponentes à maior iniciação ou continuação do uso de drogas por parte dos adolescentes (PECHANSKY; ZSOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Esta afirmativa é vista nos seguintes depoimentos:

....filho de alcoólatra violento, [...] vivenciei este uso desde o ventre [...] pai já deu tiro em casa e agredia a mãe no ventre e durante toda criação.
(Dep. 1)

O pai era alcoólatra, sofria agressões, via discussões comigo. Tem três irmãos alcoólatras. (Dep. 20)

Pai alcoólatra, ele era intimidado pelo pai agressor. (Dep. 21)

Acho que pode estar relacionado ao uso de álcool pelo avô, ele morava conosco. (Dep. 25)

A família quase toda era alcoólatra, irmã, irmão, pai e mãe. (Dep.13)

Constata-se nesses depoimentos que a dependência química acarreta uma série de disfunções que influenciam negativamente a rotina familiar, desestabilizando a estrutura familiar e destruindo laços que são de fundamental importância para o desenvolvimento dos filhos. Sabe-se que filhos de dependentes químicos têm mais probabilidade de desenvolver o uso, pois, crianças aprendem por modelos. Pais usuários de drogas estão ensinando seus filhos este tipo de comportamento.

Ponce e Leyton (2009) mostram que a relação entre filhos de dependentes, seus pais e uma provável tendência ao desenvolvimento da prática alcoólica na posterior vida adulta, consiste em tema pertinente de estudo, de forma a se

desenvolverem campanhas, visando prevenir e conduzir os filhos de dependentes a uma melhora na qualidade de vida e uma estabilização psicológica. Constata-se que filhos de dependentes crescem em ambientes caracterizados por falta de aproximação e altos níveis de conflitos entre os membros da família (MORAES; FIGLIE, 2004).

Ao estudar os fatores que levam filhos de dependentes a desenvolverem a mesma dependência que seus pais, o enfermeiro pode estabelecer uma rede de ações que propicie a esses filhos não repetirem a história de seus progenitores. Embora seja inquestionável a influência negativa da dependência dos pais para a formação de uma identidade aditiva em seus filhos, não se pode considerar tal vulnerabilidade como fator determinante e incontestável. Há outros fatores de risco que podem auxiliar no desenvolvimento da dependência química. A influência dos pais sobre seus filhos é maior no período em que estes estão na infância e vai diminuindo no surgimento dos primeiros sinais da adolescência, quando se iniciam novas relações sociais.

Nesta pesquisa, ao se analisar os dados referentes ao que levou o dependente a fazer uso de drogas, as respostas que mais surgiram foram aquelas relativas a antecedentes familiares. O que demonstra que os usuários de hoje, na sua grande maioria, são filhos de dependentes químicos. Adolescentes filhos de dependentes químicos apresentam comportamentos anti-sociais, seja pelo medo, vergonha, sentimento de culpa e/ou negação da realidade.

O modelo oferecido por pais alcoolistas pode distorcer o processo de socialização da criança, que passa a adotar formas inadequadas de lidar com relacionamentos interpessoais, pois as crianças filhas de alcoolistas experimentam tensão e competitividade com seus colegas - os adolescentes têm dificuldade em construir e manter amizades (JACOB, LEONARD, 1986; CORK, 1969).

Subcategoria 1.2 – Grupos Afins

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que tem o seu início marcado pelas modificações físicas, psicológicas e sociais da puberdade. Tem importância fundamental tanto para a formação da identidade, quanto para o desenvolvimento da personalidade.

Na esfera social surge a necessidade de formar novos laços afetivos. Ele começa a conviver e interagir com seu grupo de iguais, funcionando como um novo

modelo de identificação e aceitação, fazendo com que se sinta mais respeitado e compreendido. A busca pela nova identidade se dará pela afirmação e organização dos novos desejos e necessidades, vinculados às habilidades descobertas para expressá-los ao seu contexto social (PAPALIA; OLDS, 2000).

Por estar vulnerável a estas modificações e pressões que sofre pelos grupos de pares, o adolescente pode ver a droga como algo fantástico para solucionar “crises”, aliviando a angústia e possibilitando um estado de força e prazer.

Os amigos a influenciaram, eu não conseguia fazê-la ficar em casa. Eu saía para trabalhar e ela ia para a rua. (Dep. 16)

Amizades, era tímido e queria fazer amigos. (Dep. 22)

Participação de grupos de colegas, sempre estava na rua. (Dep. 24)

Colegas bebiam, ele experimentou e gostou. (Dep. 25)

Estar em um ambiente onde usar uma substância, em geral o álcool é considerado comum, deve-se ao fato de o adolescente beber porque todos do seu meio também o fazem. A influência social exercida através da vizinhança e principalmente do grupo de pares é muito poderosa, sendo que as atitudes sociais têm um papel mais importante que a disponibilidade de drogas ou a anomia social (SIMÕES, 2006).

Um dos mais poderosos fatores predisponentes ao uso de substâncias é a influência do grupo de iguais. Um adolescente cujos melhores amigos fumam, usam álcool e outras drogas, será mais facilmente levado a experimentar do que aquele cujos amigos evitam as drogas e não estão de acordo com seu uso (SILBER; SOUZA, 1998).

Subcategoria 1.3 – Hábitos Culturais

A família é um sistema dinâmico e em constante transformação, que cumpre a sua função social transmitindo os valores e as tradições culturais. O fenômeno da dependência química muitas vezes pode se repetir em outras gerações como um comportamento apreendido, sua perpetuação pode estar associada à manutenção da identidade familiar, pois as famílias que possuem dependentes químicos são

bastante particulares em razão de suas características em comum, percebidas e vividas por todos os seus membros (PAYA ; FIGLIE, 2004).

Algumas práticas educativas dos pais, a forma que a criança é educada e socializada repercutem em suas atitudes tanto no período da adolescência quanto na idade adulta. Famílias disfuncionais podem transmitir normas desviantes através do modelo de comportamento dos pais para os filhos, mantendo um padrão de comportamento muitas vezes repetido.

O pai dava (pinga)³ para ele ir trabalhar na roça, para espantar os mosquitos e o frio. (Dep. 16)

O pai que dava para ele e os irmãos para trabalharem na roça e diminuir o frio e espantar os mosquitos. (Dep. 18)

Atitudes como “rituais familiares normais” muitas vezes ocorrem em torno do beber, o que interfere no desempenho normal da família (PAYA; FIGLIE, 2004). Os filhos crescem neste contexto cultural onde a bebida torna-se parte de suas vidas, podendo permanecer com este comportamento repetindo a identidade familiar.

Um desafio para estes filhos seria a “quebra” deste paradigma, construindo novos rituais e mitos familiares, mudando o comportamento frente ao consumo do álcool e outras drogas, como uma maneira de não perpetuar a dependência química na família.

Categoria 2 – Causas determinantes intrínsecas

As causas determinantes intrínsecas constituem-se em duas subcategorias temáticas: comorbidade e Foro Íntimo.

Subcategoria 2.1 – Comorbidade

A comorbidade é a ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com possibilidade de potencialização recíproca entre estas. É conhecido como comorbidade o surgimento de um transtorno adicional que é capaz de alterar a sintomatologia, interferindo no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico da primeira doença. (RATTO; CORDEIRO, 2004, p.167).

³ Bebida feita da fermentação e destilação do melaço proveniente da cana-de-açúcar

No que se refere aos transtornos mentais, é comum que os relacionados ao consumo de álcool coexistam com outras doenças psiquiátricas. De modo geral, o uso, mesmo que em pequenas doses, de bebidas alcoólicas pode gerar conseqüências mais sérias que as observadas em pacientes sem comorbidade. Kaplan e Feintein (1974) caracterizam três classes de comorbidade:

- Patogênica – quando um determinado transtorno leva ao desenvolvimento de outro, e ambos podem ser etiológicamente relacionados;
- Diagnóstica – dois ou mais transtornos cujos critérios diagnósticos se baseiam em sintomas não específicos;
- Prognóstica - quando a combinação de dois transtornos facilita o aparecimento de um terceiro, como por exemplo, a maior chance de que um paciente com diagnóstico de depressão e ansiedade venha a apresentar abuso ou dependência de álcool e outras drogas.

O abuso dessas substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais, sendo de importância fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas (ZALESK, LARANJEIRA, PETTA, et al., 2006). Acredita-se que pessoas com distúrbios psiquiátricos possam fazer uso de drogas como forma de aliviar alguns sintomas da condição psiquiátrica de base, o que se confirma no depoimento a seguir:

... Ele sofre de distúrbio psiquiátrico, ele é Bipolar e não fazia tratamento [...] Usava o álcool para se acalmar. (Dep. 6)

Uma questão que tem surgido na assistência a estes pacientes, está relacionada à dificuldade em diferenciar a presença de comorbidade com quadros de psicose causada pelo efeito de algumas drogas.

Percebe-se que os profissionais que atuam nesta área, possuem pouca experiência na abordagem terapêutica a pacientes que apresentam comorbidades psiquiátricas. Por isso, se faz necessário que equipes de saúde mental sejam capacitadas, para desenvolverem formas eficientes de lidar com esta clientela.

Entende-se que lidar com conflitos e adversidades requer do ser humano estratégias a nível emocional e cognitivo. Portanto, o enfermeiro tem papel fundamental na utilização deste recurso, auxiliando o dependente químico e sua

família a impulsionar as competências individuais e grupais, reforçando assim, a resiliência das pessoas produzindo o seu fortalecimento pessoal.

Subcategoria 2.2 - Foro Íntimo

Dos fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são aqueles oriundos do foro íntimo, dentre os quais se destacam as emoções e os sentimentos associados ao intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa autoestima. A autoestima é a representação que o adolescente tem de si mesmo. São atributos profundamente individuais, moldados nas relações cotidianas desde a primeira infância. Os dependentes de drogas apresentam um tipo de estruturação de personalidade depressiva, caracterizada por importante imaturidade afetiva e problemas de identidade, levando a um prolongamento da crise da adolescência, dentre as quais se destaca a timidez (SEIBEL, 2009).

A timidez na concepção de Mussak (2008) é como uma barreira que os afasta do mundo circundante, impedindo que os pensamentos e sentimentos sejam exteriorizados. O autor acrescenta que o tímido prefere não se expor porque teme desproporcionalmente a crítica, e o faz por dois motivos: se a crítica for severa, irá confirmar as suspeitas de sua inferioridade; se for favorável, colocará em cheque sua autocrítica. Portanto, não há saída.

Acredita-se, portanto, que a timidez na adolescência e a baixa autoestima pode tornar o adolescente potencialmente frágil e vulnerável, levando-o à vinculação com soluções externas inadequadas, por exemplo, o início do uso de drogas. A droga por sua vez lhe proporciona a sensação de onipotência, fazendo com que ele se sinta mais alegre, sociável e extrovertido, o que se pode confirmar nas falas dos depoentes:

Ele era um menino retraído na primeira infância. (Dep. 1)

...era tímido, tinha dificuldade em se relacionar com outros adolescentes [...] chegava em casa e ficava sozinho no quarto. (Dep. 9)

... era uma pessoa muito calada [...] quando bebe fica mais conversado e alegre. (Dep. 19)

Era tímido e queria fazer amigos (Dep.22)

Verifica-se nestes depoimentos a confirmação dos fatores que interferem na autoestima, tornando-as numa variável crítica que afeta a participação exitosa de um

adolescente com outros em um projeto. Os adolescentes com baixa autoestima desenvolvem mecanismos que possivelmente distorcem a comunicação de seus pensamentos e sentimentos dificultando a integração grupal (COSTA, 2000).

Existem pessoas que apresentam maior dificuldade em lidar com as adversidades sofridas na vida, não conseguem potencializar capacidades que permitam tolerar e aliviar tensões psicológicas e/ou sociais, por vezes provenientes de experiências traumáticas.

Indivíduos que buscam alívio imediato de situações desprazerosas ou a busca do prazer rápido e intenso acreditam que podem encontrar na droga o alívio de suas tensões e anseios. O que se confirma nas falas dos depoentes:

...ter sido traído pela esposa, pois antes ele trabalhava e tinha emprego fixo. (Dep. 2)

Mãe tinha depressão pós-parto e doava os filhos.[...] com um ano e meio foi dado para adoção [...]foi criado por um casal de idosos negros e ele é loiro de olhos claros. (Dep.7)

...intensificou o uso do álcool quando eu tive câncer. (Dep. 13)

Estudos mostram que fatores estressantes da vida como morte, doença ou acidentes entre membros da família e amigos - divórcio ou novos casamentos dos pais, problemas financeiros dentre outros podem influenciar o uso abusivo de drogas, quando associados a outros fatores predisponentes, incluindo-se disposições individuais (HOFFMAN; CERBONE, 2002).

O profissional que atende este tipo de paciente deve compreender o conceito de resiliência, que envolve o entendimento da interação entre a adversidade e fatores de proteção interna e externa do sujeito, assim como do desenvolvimento de competências que permitam a pessoa obter sucesso diante da adversidade (ASSIS, 1999).

O enfermeiro através de ações planejadas deve promover ações e programas que visem estimular os adolescentes ao fortalecimento de sua autoimagem e auxiliá-los no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.

Ao se analisar os motivos que levam uma pessoa a fazer uso de drogas, encontra-se um campo extremamente vasto e rico de particularidades importantes nas trajetórias de vida, sejam elas extrínsecas ou intrínsecas, podendo-se discorrer sobre uma pequena parte do imenso universo que é a dependência química.

Fatores de risco para o uso de drogas existem sim, mas se profissionais de saúde, família, escola e a sociedade, se unirem em prol de trabalhos preventivos, talvez se consiga diminuir estatísticas que se encontram em processo de crescimento. Por isso, a luta por maiores incentivos públicos precisa ser abraçado por todos, para que os programas de prevenção possam abranger e beneficiar uma parcela bem maior da população, minimizando assim, os problemas gerados pelo consumo de álcool e outras drogas (MORAES; FIGLIE, 2004).

4.3 Codependência

A codependência é definida por Beattie (2007); Toffoli, Wanjstok, Mantel, et al, 1997), como sendo uma pessoa que tem deixado o comportamento de outra afetá-la, e é obcecada em controlar o comportamento dessa outra pessoa. A codependência existe indiferentemente à existência de dependentes químicos na família, podendo ser vista como uma doença de relacionamentos, em que um dos membros pode ser quimicamente dependente.

- Sentimentos revelados dos familiares

O ambiente de uma família que convive com a dependência química é muito difícil, como já foi relatado anteriormente, as relações familiares vêm permeadas de sentimentos de raiva e culpa, muitas das vezes associadas à renúncia de si mesmo.

Estudo realizado por Montgomery, Johnson (1992) sobre o estresse experimentado por mulheres casadas com alcoolistas, revelou que o relacionamento com o marido constituía-se na maior fonte de estresse que experimentavam e que a sobriedade deles nem sempre tinha um significado positivo, porque nestes períodos de abstinência continuavam ansiosas pela incerteza do comportamento de seus maridos. Os familiares começam a perder o controle de suas vidas, por não conseguirem colocar limites para si e para o dependente químico, deixando suas vidas serem transformadas, perdendo parte de sua identidade e autonomia, onde o dependente químico passa a ser o centro das atenções. É desta forma que a codependência se instala.

Embora não exista o reconhecimento de um padrão de personalidade dito codependente na classificação de transtornos mentais e de comportamento do

Código Internacional de Doença - CID-10, o codependente é aquela pessoa que, além da angústia psíquica com reflexos nos comportamentos sociais, sofre com sintomas físicos e onera o serviço público de saúde como endemia sistêmica (ZAMPIERRI, 2004).

Neste momento, apresenta-se um recorte das expressões subjetivas reveladas nas entrevistas. Esta análise apresenta o esforço de aproximação da realidade vivenciada, na busca de identificar o modo como a codependência é expressa pelos familiares. São aspectos mais intrínsecos desta vivência e indicativos de codependência que surgiram nos depoimentos quando foram questionadas como se sentiam em ser familiar de dependentes químicos - dificuldades diversas foram relatadas com bastante ênfase: o sentimento de tristeza, de impotência, de depressão e ansiedade, angústia, culpa, medo, fracasso, vergonha, insegurança, frustração, decepção e o desconhecimento dos próprios sentimentos. (Diagrama 1).

Diagrama 2: Sintomas da Codependência – Volta Redonda, RJ, 2011.



Fonte: Canavez (2011) dados da pesquisa

Os relatos que mais surgiram quando os familiares foram questionados acerca dos sentimentos por terem um familiar dependente químico foi à tristeza 52%

(13), seguido da impotência 48% (12). Ao se analisar estes dois sentimentos percebemos certa relação de causa e consequência, na qual a impotência de não conseguir resolver a situação de seu familiar dependente, gera tristeza e até em alguns casos depressão, sentimento este que também surgiu nos relatos, estando atrás apenas dos dois relatados anteriormente.

Como todo investimento para controlar o outro é inútil, o codependente sente-se impotente. À medida que os problemas vão se agravando e que o relacionamento fica mais dificultoso, a pessoa a quem o codependente tentou resgatar “não é capaz de demonstrar gratidão”. O arrependimento e a autopiedade surgem, fazendo-o sentir-se “usado”. O familiar se sente mais impotente agravando o nível de baixa autoestima e sentimentos depressivos. Como na grande maioria das vezes os dependentes químicos apresentam personalidade dependente, a dificuldade em controlar o outro o torna impotente. France (2011), relata que embora não exista um número exato de características que garantam que uma pessoa é ou não codependente, pode-se criar um panorama geral para facilitar a identificação, por exemplo:

- Relacionamentos destrutivos e forte tendência a ligar-se a pessoas com dificuldades;
- Relacionamento primário com um dependente químico ativo durante pelo menos dois anos sem procurar ajuda externa;
- Preocupação com o outro se transforma em obsessão;
- Negligência pessoal x zelo excessivo pelos outros;
- Autovalorização reduzida;
- Recusa em gozar a vida;
- Trabalho compulsivo;
- Perfeccionismo;
- Sentimento de culpa
- Sentimento de obrigação;
- Fuga de relacionamentos para não ter intimidade;

Relatos dos partícipes demonstram um pouco desta realidade.

...Me sinto impotente, porque tudo o que eu faço para ele não é suficiente para que ele pare de beber. [...] não tenho ânimo, [...] oprimida com o coração ...apertado [...] não consigo falar, expressar meus sentimentos, [...] tenho dificuldade em chorar. (Dep. 20)

Me sinto impotente, não tenho muito o que fazer, [...] tento mas não consigo, [...] tenho que aprender a lidar com a situação. (Dep. 14)

Me sinto deprimida e impotente. [...] porque a droga veio logo na minha vida. [...] uma pedra rolando procurando um lugar para parar. (Dep. 16)

[...] Impotente, durmo com tudo trancado, senão ele rouba para vender. (Dep.10)

Verifica-se nestes depoimentos que o codependente tende a assumir toda a responsabilidade para com o dependente químico, passando a ser referência para as outras pessoas com relação a assuntos relacionados ao dependente químico. Desta forma, passa a receber cobranças dos outros e de si próprio, são inúmeras tentativas, muitas vezes frustradas na busca de soluções de problemas que são do outro.

O cuidado excessivo foi relatado e percebido na fala de vários familiares, como uma característica do codependente, que se sente responsável pelo dependente, desenvolvendo uma sensação de impotência no familiar por não conseguir controlar o outro.

Na grande preocupação com o outro e na impotência para efetivamente ajudá-lo, o codependente tenta formas aparentemente inadequadas de se comunicar com o dependente químico, quer tentando controlar e impor sua vontade e verdade, quer simplesmente adoecendo, e assim as relações familiares vão cada vez mais se enfraquecendo (HUMBERG, 2003; ZAMPIERI, 2004).

Entende-se que o cuidado é essencial ao ser humano, porém, deve ser prestado de forma equilibrada e natural, pois quando é prestado em excesso se transforma em obsessão, tornando doentio e prejudicial para o próprio familiar e o dependente. O impacto da doença da dependência química nos familiares é muito intenso. As emoções tornam-se distorcidas e conseqüentemente a interação entre família e dependente químico se torna destrutiva. Os familiares mais próximos sentem-se culpados pelas dificuldades do dependente e isto pode gerar medo diante da possibilidade de que esta culpa seja verdadeira. O que pode ser confirmado na fala dos depoentes.

Sinto-me culpada por não ter dado muita atenção aos filhos quando precisava, fiquei viúva cedo e tive que trabalhar para sustentá-los. (Dep. 2)

Me sentia culpada e prejudicada por não saber lidar com a doença e com o doente. (Dep.6)

A culpa me consumia por não saber como lidar com esta situação. (Dep. 11)

A culpa é um dos sentimentos mais perceptíveis na condição de codependência do familiar, desde o início do consumo de drogas, pois, muitas vezes a família começa a fazer uma retrospectiva das vezes que deixou de impor limites.

Em contrapartida o familiar assume uma atitude obsessiva em cuidar e preocupar-se, tenta controlar excessivamente o dependente químico. Nesse momento entra em cena uma das principais características da codependência, o familiar passa a viver a vida do outro como se tivesse controle, tenta conduzir os pensamentos e comportamento do outro. Essa condição emocional conflituosa pode favorecer a diminuição da autoestima, do autocuidado e do interesse sobre si próprio. Zampieri (2004) lembra que a autoestima do codependente é regulada pelo que consegue agradar ou não o outro.

A busca do equilíbrio depende de vários fatores, e, por vezes, as pessoas envolvidas com a problemática não sabem definir a condição mais propícia e ideal. É neste momento que o enfermeiro pode ajudar as pessoas a compreender suas limitações e condição humana. Travelbee (1979), em sua teoria revela que “a experiência de doença leva a pessoa a compreender sua própria vida levando-o a encontrar, a partir dela, as forças interiores necessárias para a luta travada na recuperação ou adaptação a uma situação que não pode ser mudada”.

4.4 Contribuição do grupo na melhoria do relacionamento familiar

Tratar as famílias dos dependentes é uma necessidade, uma vez que eles adoecem sem fazer uso de drogas. O apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico, já que, tanto o processo de adoecimento, quanto a recuperação interferem na dinâmica familiar, fazendo-se necessário algum tipo de orientação ou de apoio a estas famílias (NUNES, 2001; FIGLIE; BORDIM; LARANJEIRA, 2004).

Silva (2004), em sua dissertação, nos traz uma reflexão importante sobre a participação familiar nos serviços dos CAPS: para que esta participação seja efetiva, além da disposição e da vontade de participar, é necessário que haja o vínculo entre profissionais e família, comunidade e usuários, sendo um aspecto relevante no cuidado em saúde mental, pois nas práticas de atenção psicossocial a relação entre os técnicos e familiares se intensifica no compartilhamento e organização de novas formas de viver na sociedade.

O grupo de orientação familiar do CAPS ad II possibilita uma interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimentos e de experiências. Os integrantes têm a possibilidade de compartilhar as situações vivenciadas com o usuário, o que possibilita o senso de inclusão, valorização e favorece a escuta, na medida em que se tem vários olhares acerca de um mesmo problema, que é a convivência com o dependente químico.

Observa-se, no dia a dia de participação nos grupos, uma frequente queixa das mães no que diz respeito à ausência dos pais nas reuniões. Entende-se que a participação da família em sua completude, principalmente com a presença de pai e mãe, continua sendo uma peça chave no tratamento do dependente químico. A participação de maior número de membros desta família nas reuniões poderá auxiliar na reorganização familiar, sendo uma forte aliada no processo de resgate do dependente químico. Fender (1999) alerta quanto à ausência dos pais na educação e na assistência aos filhos, bem como do posicionamento questionável deles, quando se culpam pela atual situação, atribuindo às mães a responsabilidade pelo que lhes acontece.

Ao se analisar a contribuição do grupo na melhoria do relacionamento familiar emergiram duas categorias temáticas: 1) Mudanças próprias, com três subcategorias; 2) Mudanças no relacionamento com o dependente químico, com duas subcategorias.

Quadro 4 – Contribuição do grupo na melhoria do relacionamento familiar. VOLTA REDONDA, RJ, 2011.

Categoria	Subcategoria	Referências/Depoentes
Categoria 1 Mudanças Próprias	1- Ajudando no relacionamento	1,3,15,17
	2- Troca de experiência	1,5,7,15,20,23
	3- Reconhecer que a dependência química é uma doença	4,6,7,9,11,14,15,19
Categoria 2 Mudanças no relacionamento com o dependente químico	1- Aprendendo a colocar limites	2,3,4,8,10,11,13,14,17, 21,22
	2- Desligamento emocional	2,3,4,5,6,7,8,12,13,16,18,23,24,25

Fonte: Canavez (2011) dados da pesquisa

Categoria 1 – Mudanças próprias

Esta categoria refere-se às mudanças no comportamento dos familiares com a participação nos grupos, contendo três subcategorias: 1) Ajudando no relacionamento com outras pessoas; 2) Troca de experiências; 3) Reconhecer que a dependência química é uma doença.

Subcategoria 1.1- Ajudando no relacionamento com outras pessoas

A família encontra dificuldade em se relacionar com as pessoas, por preconceito, originado do desconhecimento sobre o assunto e medo de envolvimento. A vida se torna incontrolável e como forma de defesa o codependente desenvolve o seu próprio estilo de vida, modificando sobremaneira o seu modo de se relacionar consigo, com a pessoa problemática e com as demais pessoas de seu convívio familiar, social, e profissional (MORAES, 2007).

Essas idéias levam as pessoas a acreditarem que devam esconder o problema de seu familiar e ainda agirem de forma que a sociedade não os condene ou rejeite o que provoca intenso sofrimento. Quando o familiar começa a participar do grupo de orientação familiar ele começa a perceber que este tipo de comportamento pode ser modificado, conforme os relatos a seguir.

Estar ajudando no relacionamento com meus outros familiares e a mudar minha conduta frente aos outros, [...] melhorou a união dos irmãos. (Dep. 1)

Reforçando a minha personalidade, minha autoestima, me devolvendo a sanidade. (Dep. 14)

Estou melhorando o meu modo de tratar as pessoas em geral. Despertou-me para um novo modo de viver. Melhorou o meu relacionamento com os meus familiares. (Dep. 15)

Tem melhorado no relacionamento, não fico mais discutindo e enfrentando. [...] Me ajuda a lidar com outros problemas da minha família. (Dep.17)

O uso de drogas provoca o afastamento afetivo entre as famílias, tornando difícil a comunicação entre os membros. Após convencer a família a assumir sua responsabilidade em ajudar o usuário, o próximo passo é criar um canal de comunicação pelo qual as famílias possam conversar sem os vícios anteriores de culpa, cobrança e mágoas (BEZERRA; LINHARES, 1999).

Ao analisar o depoimento dos participantes do grupo familiar, é possível verificar quanto à atividade grupal é eficaz no sentido de adequar e orientar condutas, contribuindo para a melhora nas relações do contexto familiar.

Subcategoria 1.2 – Troca de experiências

O grupo de orientação familiar traz inúmeros benefícios a cada familiar, pois juntos, formam uma rede de apoio, permanecendo interligados por uma problemática em comum, a dependência química. Juntos há uma troca constante, seja de informações ou de sentimentos. Portanto, conforme Moraes (2008), no que concerne ao processo grupal geralmente ocorre de forma tranquila, sendo caracterizado como um ambiente acolhedor e terapêutico propício para a verbalização de sentimentos e subjetividades e o alcance de seu objetivo principal que é o de apoio e suporte.

Nos grupos os familiares utilizam o espaço para apresentarem suas queixas, seus sentimentos e suas histórias, revelando o alto nível de estresse que são submetidos. Constitui-se um espaço ideal para realizar uma catarse, aliviar esta carga e encontrar soluções alternativas.

Ponciano, Cavalcanti, Féris (2010), permitem afirmar que o grupo multifamiliar, a catarse, o relato dos conflitos e o compartilhamento de informações produzem um efeito terapêutico, psicoeducativo e de rede. Os familiares trabalham juntos e se engajam em uma conversação que ajuda a construir uma comunidade de trocas de informação e de apoio, contribuindo para a formação de uma rede social que diminua a sobrecarga e alivia o estresse.

LOOMIS (1979, p.95) acentua que: “nos grupos nos quais existe um alto nível de relacionamento interpessoal, existirá também um movimento de troca de experiências entre os membros de forma contínua, no contexto do processo grupal”.

As pessoas que conseguem se colocar refere de forma positiva o ato de falar como maneira de “se abrir”, “desabafar”, “colocar para fora”, o que traz satisfação e bem-estar, além de proporcionar uma melhor interação do grupo. Conforme os relatos a seguir.

Na troca de experiências eu consigo saber e aprender que têm muitas pessoas que tem mais problemas do que eu. [...] Eu fico mais leve quando participo das reuniões porque eu falo o que se passa no meu coração. [...]

Esta me ajudando a falar mais através das outras pessoas, quando elas falam é como se eu estivesse falando. (Dep. 20)

Ajuda-me a ficar mais tranquilo porque poço falar dos meus sofrimentos. [...] Está sendo muito proveitosa, a opinião dos vários participantes me ajuda a refletir sobre os meus problemas. (Dep. 23)

Quando o familiar começa a participar dos grupos ele percebe que pode modificar o seu modo de agir e ter resultados na diminuição do sofrimento. Ele percebe o alívio das angústias e passa a ter a percepção que pode ser agente de sua própria mudança. O familiar pode sentir-se estimulado não somente pelo seu progresso, mas, também, observando a melhora obtida em outros participantes e considerar “se houve melhora no outro, pode haver uma pessoa melhora em mim” (BERCHELLI; SANTOS, 2005).

Gradualmente, de acordo com a participação no grupo, passam a entender que são eles próprios que irão assumir papel ativo na sua recuperação, tentando novas soluções para os problemas existentes.

Subcategoria 1.3 – Reconhecer que a dependência química é uma doença

Ao se iniciar a análise desta subcategoria se faz necessária a definição de dependência química como doença, pois no meio relacional ela é vista, muitas das vezes, como um distúrbio de caráter ou um problema moral, e não como uma doença. A dependência química não tem uma causa única, mas sim, é um problema de dimensões multifatoriais que abrange as mais diversas condições biopsicossociais. O grau de aceitação sociocultural do consumo de álcool desempenha um papel importante, sendo determinado, em grande parte, por valores sociais e culturais.

A dependência química é uma necessidade incontrolável de consumir uma substância compulsivamente, além de a busca constante pela droga causar grandes transformações na vida do dependente químico, ocasionando quebra de vínculos familiares, profissionais e sociais. É reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), como uma doença, que leva o portador a perder o controle do uso causando uma deterioração de seu bem estar físico e psicológico. Destaca-se ainda que deva ser tratada simultaneamente como uma doença crônica e como um problema social.

Os critérios DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Sistema oficial de diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização mundial de Saúde – OMS) consideram que o uso nocivo de substâncias é uma patologia, tendo na CID-10 o diagnóstico de “dependência de substâncias” (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2009).

Esse é o conceito que mais prevalece nos estudos e na literatura de dependência química. Na visão de Spricigo e Alencastre (2004), a droga é uma doença e um problema psiquiátrico ou de saúde mental embutida no modelo teórico médico-sanitário e psicossocial. Dessa forma, a codependência é considerada uma disfunção, pois o comportamento familiar passa a focalizar mais as necessidades dos outros do que as suas, se deixando envolver e dominar por uma condição mórbida, passando a agir em função desse estado. Conforme nos demonstra os relatos a seguir.

Tem me ensinado que a dependência química é uma doença grave, que tenho que saber separar a doença do doente. (Dep. 4)

Entender a dependência química como uma doença, não como um desvio de caráter. [...] não posso me anular por ele, tenho que seguir em frente. (Dep. 9)

Aprendendo a não cair nas armadilhas, [...] são fantasiosos e mentirosos, estou aprendendo a lidar com esta doença. (Dep. 14)

A presença da dependência química na família é vista como uma doença que interfere no desempenho do papel de cada pessoa no âmbito familiar, “provocando uma alteração na dinâmica familiar e desencadeando a necessidade de um (re) ajustamento dentro de um modelo diferente daquele que, social e culturalmente, é esperado” (SILVA, 2002, p. 279). Percebe-se, por meio das entrevistas, que o familiar quando começa a entender a dependência química, não como um desvio de caráter, mas sim, como uma doença multifatorial, inicia mudanças em sua vida, passando a evitar confrontos e cuidando mais de suas prioridades, contribuindo desta forma, para a melhoria das relações e organização no contexto familiar.

Categoria 2 – Mudanças no relacionamento com o dependente químico

As mudanças no relacionamento com o dependente químico compreendem duas subcategorias: 1) Aprendendo a colocar limites; 2) Desligamento emocional.

Subcategoria 2.1 – Aprendendo a colocar limites

Embora saibamos da importância da autonomia e individualidade na vida dos cidadãos, no caso das drogas, a questão é mais complexa, pois mesmo o usuário sentindo prazer ao utilizar a droga, esse uso indiscriminado deve ser combatido à medida que ela traga problemas à coletividade ou individualmente.

Pessoas que foram criadas em lares disfuncionais têm seus limites danificados de várias maneiras, sendo protegidas em demasia ou insuficientemente. Os pais codependentes sempre atuam nos extremos, podem ser muito rígidos com os filhos na disciplina ou totalmente permissíveis. Lidar com limites no trato com os adolescentes é negociar regras constantemente. A falta de disciplina e de limites é frequentemente encontrada entre os adolescentes dependentes de drogas. Schenker e Minayo (2003) relatam que pais de dependentes de drogas têm dificuldade em passar normas e limites para seus filhos.

Percebe-se que o familiar por vezes, não sabe distinguir entre o comportamento aceitável e o inaceitável, tendo dificuldade em agir com firmeza, diz sim quando queria dizer não e diz não quando queria dizer sim. Conhecer seus limites não significa forçar as outras pessoas a mudar, significa que conheço os meus limites e cuido de mim mesmo, respeitando-os. Como se pode verificar nestes depoimentos.

Aprendendo a colocar limite, não deixando ser manipulado. [...] não discutir com o dependente químico quando ele estiver drogado. (Dep.2)

Aprendendo a colocar limites para não ser mais agredida, porque na verdade ele só me agredia porque eu permitia. (Dep.3)

Colocando limites, porque quando faço isso me sinto melhor, mais disposta, não me sinto mais deprimida, consigo passear e fazer as minhas coisas. (Dep.8)

Vou aprendendo como colocar limites, para não ser emocionalmente afetada por ela. (Dep.14)

O familiar do dependente químico tem dificuldade em colocar limites, seja na adolescência ou mesmo na fase adulta, às vezes pela readaptação da família que se torna refratária a mudanças, pois, quando um membro da família muda, todos mudam. Percebe-se, no discurso dos sujeitos, ao participarem dos grupos, eles se sentem mais aliviados por receberem orientações, compartilharem experiências e receberem esclarecimentos sobre como e onde colocar limites.

Subcategoria 2.2 – Desligamento emocional

As pessoas que lutam contra problemas de dependência química geralmente apresentam um comportamento flutuante e conflitante. Elas querem, mas não querem. Miller e Rollnick (2001) lembram que esse conflito pode ser chamado de “ambivalência”, as pessoas dizem: “Vim buscar ajuda”, e na próxima frase acrescentam: “mas não é nada tão sério assim”. A ambivalência é um estado mental no qual uma pessoa tem sentimentos coexistentes, porém conflitantes a respeito de alguma coisa.

No caso do familiar do dependente químico, pode ser decodificado como codependência, à medida que evidencia o vínculo patológico que a esposa mantém com sua droga de preferência – o marido. Um vínculo de mesma intensidade que aquele que liga seu marido ao álcool (MELLO, 1999).

No comportamento ambivalente do familiar do dependente químico ao mesmo tempo em que ele quer colocar limites, não consegue porque é persuadido pelas investidas do dependente químico. Que por sua vez, faz o que o dependente quer para tentar convencê-lo a seguir as suas orientações. Após várias tentativas e insucessos, a família apresenta vários sentimentos antagônicos como: superproteção/abandono, amor/ódio, controle/permissividade. Tornando a convivência com o dependente químico insuportável. Desta forma, se faz necessário uma mudança no padrão de comportamento e o desligamento emocional pode ser um dos caminhos.

O desligamento é algo que o familiar do dependente químico deve fazer frequentemente, quando se luta para viver feliz. É o objetivo da maioria dos programas de recuperação para o codependente. Esse desligamento não significa se afastar ou romper com o outro, mas libertar-se da agonia do envolvimento no problema do outro.

A maioria dos codependentes é ligada a pessoas e problemas em seus ambientes. Por ligação não se refere a sensações normais, como gostar das pessoas, preocupar-se com problemas ou sentir-se ligado ao mundo. “Ligar é envolver-se demais, às vezes desesperadamente” (BEATTIE, 2007: p. 74).

Trouxemos alguns relatos para ilustrar esta subcategoria:

Estou resgatando o relacionamento com minha filha, aceitando-a como ela é, e não o uso da droga que transforma ela. Não a vejo mais como o lixo da

família que queria colocar debaixo do tapete. [...] me fortalecendo quanto pessoa, resgatando minha autoestima. (Dep.16)

[...] aprendendo fazer com que a pessoa haja por ele mesmo, que ele tem que tomar conta da sua vida. (Dep.6)

[...] entender que as minhas tentativas de controle não vão mudar a adicção dele. [...] não cair na tentação de tentar manipulá-lo, manter o autocontrole. (Dep.7)

Estou melhorando na forma de conversar com ele, tenho mais calma, não sou arrogante, abaixo a voz com ele. [...] estou aprendendo a lidar com os problemas dele sem agredi-lo. (Dep. 12)

O aprendizado do desligamento emocional é possível se houver freqüência nos grupos, porém a decisão de participar é pessoal, e as mudanças de comportamentos aprendidas neste grupo. Pode-se permitir que atitudes destrutivas adotadas por parte da família, sejam substituídas por comportamentos mais produtivos, no sentido de buscar uma melhor qualidade de vida, aliado a um equilíbrio emocional estável (OLIANE, 2002).

4.5 Participação da família no tratamento do dependente químico

Ao se questionar a família do dependente químico como ela participa no tratamento do seu familiar, três itens temáticos surgiram: Tratando a codependência; Cuidados pessoais; Freqüência às reuniões.

- **Tratando a codependência**

Ao se analisar o discurso dos sujeitos, percebe-se neste item o mesmo significado encontrado nos levantamentos bibliográficos realizados nesta pesquisa: a codependência como eixo principal no tratamento do familiar do dependente químico. Respostas relacionadas a esta categoria aparecem de forma constante, pois, no “cuidado com os outros, há uma imersão no papel de vítima, passivo, com declínio no papel de cuidador e acentuação de atitudes que denotem cuidados dos outros, às vezes potencializados de tal forma, que torna, em geral, os familiares codependentes” (OLIVEIRA, 2007: p.62).

As respostas fornecidas pelos sujeitos estão diretamente relacionadas a atitudes de um codependente. Muitos familiares estão no grupo aprendendo a colocar limites em oposição a um comportamento facilitador e permissivo. Outros

relataram que não estão sendo confrontativos sendo mais racionais e melhorando o diálogo com seu familiar.

[...] aprendendo que eu não tenho que ter raiva do dependente químico e sim da dependência, da doença. (Dep. 23)

[...] melhorando o diálogo entre nós, não brigo com ele por qualquer motivo, [...] falo com calma e sem gritos. (Dep.25)

Entre o número de respostas relacionadas à codependência, a que houve menos repetição diz respeito ao controle. Cerca de 52% desse familiares já freqüentaram grupos de mútua-ajuda, que costumam enfatizar não buscar controlar o seu familiar dependente químico. Esse baixo número de respostas acaba de certa forma relacionada à próxima categoria temática.

- **Cuidados pessoais**

O dependente químico ao longo do seu uso de drogas e com o passar do tempo vai reduzindo o autocuidado deixando de lado algumas necessidades básicas, e um dos fatores desta perda é os problemas clínicos, associados à droga de escolha. Alimentação, higiene pessoal, cuidados básicos deixam de ser atividades autônomas e passam a ser realizadas com a ajuda de outra pessoa, na maioria das vezes pelo familiar.

Edwards; Marshall; Cook (2005: p.33), ao relatarem sobre a parte clínica da dependência química dizem que “frequentemente, as complicações físicas são a principal razão para alguém procurar ajuda”.

Nesta categoria, também surgiu como relato dos familiares, que o acompanhamento do dependente às consultas e atividades afins no CAPS ad é uma forma de auxiliar no tratamento do dependente químico. Embora não haja necessidade deste acompanhamento, a debilidade clínica e alguns casos de questões neurológicas, além da falta de confiança por parte do familiar se ele vai mesmo participar das atividades, são alguns dos motivos do acompanhamento.

Houve duas respostas na categoria cuidados pessoais que podem estar entre a facilitação e o cuidado. No relato de dar alimentação e lavar a roupa do dependente químico não foram explicados seus motivos. Se a razão é por causa de uma debilidade ou impossibilidade de fazer, esse fato é explicado por se tratar de

uma ajuda relacionada ao cuidado de alguém que precisa se recuperar. Ao contrário, se não há uma debilidade envolvida essa é uma questão de facilitação, uma das características de comportamento codependente.

- **Frequência às reuniões**

Quando os familiares referem sua presença às reuniões como uma forma de ajudar no tratamento do dependente químico, eles conseguem perceber que o seu tratamento nos grupos interfere diretamente no tratamento de seu familiar, pois, melhora o relacionamento familiar. Cerca de 72% das respostas estão relacionados a esta categoria temática. Conforme os relatos a seguir.

Frequentando os grupos familiares, estou aprendendo a colocar limites, dando responsabilidades a ele e não tentando controlar os atos do dependente. (Dep. 6)

Frequentando semanalmente as reuniões para os familiares no CAPS, eu largo o que estiver fazendo para ir às reuniões. (Dep. 11)

Frequentando as reuniões, aprendendo a lidar com as situações, não cair mais nas armadilhas dela, eles são muito fantasiosos e mentirosos. (Dep. 14)

Apesar deste grande número de respostas demonstrando o entendimento dos familiares, quanto à importância da frequência aos grupos familiares para o tratamento da família, a maioria deles não comparecem ao tratamento. Trazer a família para o serviço de saúde mental e ainda fazer dessa um sujeito ativo de participação, e, portanto, de transformação, representa para os profissionais de saúde um desafio, e ao mesmo tempo, uma mudança de práticas terapêuticas (AZEVEDO, 2008).

A frequência as reuniões é uma forma de o familiar participar do tratamento do dependente químico, entretanto todo o aprendizado adquirido com a participação no grupo não terá relevância se não for posto em prática no convívio fora da unidade. A participação não pode ser passiva e teórica e sim ativa e ser colocada em prática no cotidiano familiar.

4.6 Temas sugeridos pelos familiares para reunião de Grupos

O cuidado, como foco central da prática com famílias, é um dos muitos desafios para o enfermeiro, principalmente se tratando do familiar do dependente químico. Mostra-se um cotidiano caótico no qual a inconsistência e a fragilidade das relações afetivas podem provocar distanciamento emocional entre seus membros.

A dificuldade para se relacionar e trabalhar com dependentes químicos é um fato referido por grande parte dos profissionais da saúde. Entretanto, o contingente cada vez maior de pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde para tratar dos problemas associados a esta condição, faz com que esses profissionais estejam, rotineiramente, se deparando com esta doença, seja diretamente nos CAPS ad, seja indiretamente quando cuidam de suas consequências clínicas em unidades emergenciais ou hospitalares.

Por este motivo, com o intuito de ampliar a assistência do enfermeiro que atua nesta área, foi solicitado aos familiares temas que pudessem ser discutidos em reuniões, com a finalidade de ampliar a assistência do enfermeiro a esta clientela.

O tema mais solicitado pelos familiares foi que se desse ênfase à codependência, demonstrando que a família consegue perceber o seu adoecimento pelo convívio com o dependente químico.

Orientar o familiar a conduta frente a ela mesma. (Dep.4)

Continuar a falar sobre como lidar com o dependente químico, impondo limites e ensinando a família sobre a doença. (Dep.23)

Temas como confiança nas atitudes e autoestima. (Dep. 8)

Falar sobre relacionamentos com o dependente químico, desligamento emocional, aceitação. (Dep.6)

O enfermeiro deve resgatar a família como unidade que cuida, mas que também precisa ser cuidada, destacando os fatores que interferem no processo de recuperação do dependente químico, pois este tema também foi um dos que mais surgiram na fala do familiar. A identificação das áreas de maior conflito sentidas pelas famílias se constitui, de certa forma, no mapeamento de suas fragilidades. Esta demarcação pode representar um ponto de partida para definir os cuidados específicos para cada família, assim como apontar os recursos que podem ser acionados para o enfrentamento da situação, e definir com mais clareza, o que pode ficar sob responsabilidade da família e o que passa a ser da competência do profissional, durante o processo de cuidar destas pessoas.

Um grande número de depoentes relatou a satisfação com o atendimento prestado no grupo de orientação familiar, como é demonstrado nos relatos a seguir.

Acho tudo ótimo, estou aprendendo mais a cada dia. (Dep. 11)

Continuar do jeito que está me ajudando a melhorar a minha vida. Estou me tratando em doses homeopáticas. (Dep. 14)

Estou muito satisfeita, pois, os assuntos abordados parecem que estão falando diretamente comigo. (Dep.19)

Estou me sentindo muito bem nestas participações no grupo, estou satisfeita. (Dep. 20)

O êxito adquirido no grupo terapêutico de familiares está relacionado à atuação da equipe interdisciplinar, com sua visão holística, que permite não só o diálogo clínico, mas a busca na melhoria da qualidade de vida deste familiar. Um ambiente acolhedor exige dos profissionais, perseverança, vontade e credibilidade, para promover a integração das ações.

O grupo de orientação familiar do CAPS ad II possibilita interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimentos e de experiências. Os integrantes têm a possibilidade de compartilhar as situações vivenciadas com o usuário, o que possibilita o senso de inclusão, valorização e favorece a escuta, na medida em que se têm vários olhares acerca de um mesmo problema, que é a convivência com o dependente químico.

Ao se buscar estratégias para assistência do enfermeiro aos familiares de dependentes químicos, concluí-se que esta deve ser pautada no acolhimento, escuta e no relacionamento interpessoal, uma relação terapêutica de ajuda que possibilite a criação de vínculos. Tendo como requisito básico para esta prática a capacidade de amar o próximo e possuir conhecimentos técnicos científicos, para intervir, quando necessário, através de pontuações críticas a respeito das questões levantadas. Travelbee (1979), destaca que a função da enfermeira neste campo é ajudar as pessoas a desenvolver uma filosofia de vida que lhes dê sustento nos momentos de pressão e sofrimento.

Orienta-se o paciente quanto à necessidade de mudanças de atitudes mostrando-lhe que nada muda se ele não mudar. As mudanças devem ocorrer de dentro para fora, não esperando dos outros um comportamento diferente, se não consigo mudar a mim mesmo, como vou mudar o outro. Assim o enfermeiro não

deve resolver os problemas do paciente, mas sim trabalhar com ele, lhe dando subsídios e usando de seus conhecimentos e habilidades profissionais para ajudá-lo a encontrar o verdadeiro sentido dos problemas, possibilitando a participação ativa do sujeito nas decisões pertinentes à sua vida.

As ações do enfermeiro devem estar focadas na promoção da saúde mental e na prevenção de patologias que possam surgir devido ao estresse que surge ao conviver com o dependente químico. Trabalhar em “rede de atenção”⁴ contribui muito com esta assistência, buscando junto à família atividades extra CAPS, que possam contribuir efetivamente com a retomada do controle de sua vida, pois, em alguns momentos, este controle estava nas mãos do dependente químico.

Para tal, o enfermeiro deve buscar espaços que possibilitem a solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia e a cidadania, enfim, espaços que possam promover a atenção psicossocial.

Conforme descrevem Hirdes e Kantorski (2000), quando relatam que a Enfermagem Psiquiátrica deve trabalhar todo o contexto do homem, em sua totalidade, sem fracioná-lo numa reflexão ética.

Desta forma, o processo de cuidar do enfermeiro deve buscar novas formas, estando sempre pautada no respeito, individualidade do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários, pois, conforme se viu anteriormente, a família tende a se isolar.

O enfermeiro não deve trabalhar isoladamente. Torna-se necessário que ele busque uma assistência interdisciplinar, realizando uma abordagem conjunta com os outros membros da equipe, não deixando de ter as particularidades inerentes a sua profissão. Devendo comprometer-se com o projeto de transformação da assistência a partir da transformação de si mesmo, consolidando a prática em equipe, buscando a integração e a distribuição do poder (SCHUMID, 1999).

Nesse sentido a capacidade de empatia, do uso de si mesmo como mediador do cuidado, requer do enfermeiro habilidades pessoais. Para estabelecer o relacionamento terapêutico, é necessário ir além dos papéis de enfermeira e paciente. Travelbee (1979), nos diz que as enfermeiras não devem pensar no paciente ou cliente como tal, mas como seres humanos que naquele momento

⁴ Integração e articulação de diferentes setores e atores do corpo social, apoiando-se mutuamente.

necessitam de assistência de outros seres humanos, que podem oferecer essa assistência, a fim de ajudá-los, por isso a denominação é apenas uma característica do momento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se iniciar este estudo foi necessário conhecer, primeiramente, quem são os familiares assistidos no CAPS ad. Pode-se constatar, que 80% são mulheres, destas 48% mães, 20% esposas e 12% irmãs, com média de 61 anos de idade e que 72% fizeram apenas o primeiro grau.

Observou-se que a dependência química é um problema multifatorial, onde não se deve levar em consideração apenas os antecedentes familiares, afetando indiscriminadamente vários tipos de famílias, cabendo a cada uma o engajamento na busca pelo melhor caminho para o seu tratamento e ou recuperação.

Fez-se necessário, também, se conhecer o perfil do dependente, cujas famílias participam do grupo de orientação. Viu-se que 84% são do sexo masculino, com média de 40 a 49 anos de idade, que iniciaram o uso de drogas na adolescência, e vinte e quatro, dos vinte e cinco familiares entrevistados fazem uso de álcool e a segunda droga mais consumida é a maconha, com onze dependentes em uso, demonstrando que o consumo de drogas lícitas, como o álcool, é muito significativo no contexto local.

A diversidade e complexidade que envolve o consumo de drogas têm demandado a necessidade de se estudar este assunto de forma a contemplar esta clientela que se encontra em crescimento. Verificou-se que a família tem papel fundamental no trato com seus filhos. Desta forma, se faz necessário práticas de orientação familiar e o grupo é uma forte contribuição dentro da esfera interdisciplinar. A soma de possibilidades de cuidados, tanto psicológico, quanto físico, pode aumentar a probabilidade de recuperação desta família.

Ao se investigar o ambiente da família, que convive com a dependência química, viu-se que as relações familiares vêm permeadas de sentimentos de raiva e culpa, muitas das vezes associada à renúncia de si mesmo. Os familiares começam a perder o controle de suas vidas, por não conseguirem colocar limites para si e para o dependente químico, deixando suas vidas serem transformadas, perdendo parte de sua identidade e autonomia, onde o dependente químico passa a ser o centro das atenções. Portanto, é desta forma que a codependência se instala. O cuidado é essencial ao ser humano, mas deve ser dispensado de forma equilibrada e natural, em excesso se transforma em obsessão, tornando doentio e prejudicial para o familiar e o dependente.

Tratar as famílias dos dependentes é uma necessidade, uma vez que eles adoecem sem fazer uso de drogas. O apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico, já que, tanto o processo de adoecimento, quanto a recuperação interferem na dinâmica familiar.

Ao buscarem-se estratégias para assistência do enfermeiro aos familiares de dependentes químicos acredita-se que esta deva ser pautada no acolhimento, escuta e no relacionamento interpessoal. Portanto, o processo de cuidar do enfermeiro deve buscar novas formas, estando sempre pautada no respeito, individualidade do sujeito e participação no processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, e a reinserção em grupos sociais e comunitários.

Considerando os objetivos propostos, procurou-se identificar as características do perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa e dos dependentes químicos, que possam contribuir ou estar influenciando nas questões relativas à dependência química, ao relacionamento familiar, a codependência e linha de tratamento.

Buscou-se identificar a codependência na concepção da família, as causas determinantes para o uso de drogas, onde emergiram categorias relacionadas a fatores extrínsecos - antecedentes familiares, grupos afins e hábitos culturais e fatores intrínsecos - comorbidade e fórum íntimo. Neste processo de categorização, pôde-se discorrer sobre uma pequena parte do imenso universo que é a dependência química. Fatores de risco para o uso de drogas existem sim, mas se profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, pela sua presença constante junto ao cliente/família, a escola e a sociedade em geral, se unirem em prol de trabalhos preventivos; poderão diminuir estatísticas que se encontram em processo de crescimento.

Foi possível se analisar os sentimentos revelados dos familiares por terem um dependente químico na família e dificuldades diversas foram relatadas, dentre as quais, aponta-se sentimento de tristeza, impotência, depressão, ansiedade, angústia, culpa, fracasso, vergonha e o desconhecimento dos próprios sentimentos. Neste campo a enfermeira deve ter a função de ajudar as pessoas a desenvolver uma filosofia de vida, que lhes dê sustentação nos momentos de pressão e sofrimento, respeitando a individualidade de cada sujeito e o estimulando quanto ao autocuidado e sua reinserção em grupos sociais e comunitários.

Ao concluir, pode-se constatar como a participação dos familiares nos grupos de orientação familiar contribui como espaço para expressão de sentimentos e dificuldades, possibilitando o senso de inclusão, valorização e favorecendo a escuta, na medida em que se têm vários olhares acerca de um mesmo problema.

O enfermeiro deve resgatar a família como unidade que cuida, mas que também precisa ser cuidada, destacando os fatores que interferem no processo de recuperação do dependente químico. A identificação das áreas de maior conflito sentidas pelas famílias se constitui de certa forma, no mapeamento de suas fragilidades. Esta demarcação pode representar um ponto de partida para definir os cuidados específicos para cada família, assim como apontar os recursos que podem ser acionados para o enfrentamento da situação.

É neste sentido que os pressupostos de Travelbee podem ser úteis, pois na sua proposta de relação interpessoal ela propõe a compreensão do outro, como um todo, ou seja, como ele é nas suas potencialidades e limitações.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALCOHOLICS ANONYMOUS, Word Services, New York, N.Y. U.S.A. 1953.

Alexander DE; Gwyther RE. **Alcoholism in adolescents and their families – family-focused assessment and management.** *Pediatric Clinics of North America.* 1995. 42(1):217-234.

Al-Anon. **Convivendo com um alcoólico sóbrio – Um outro começo.** Grupos Familiares do Brasil, 1997.

ALMEIDA, Alexander Moreira; LOTUFO, Francisco Neto; KOENING, Harold George. **Religiousness and Mental Health.** *Revista Brasileira de Psiquiatria.* v. 28, n. 3, p.242-50, 2006.

[ANDOLFI](#), Maurizio; [ANGELO, Claudio](#); [SACCU, Carmine](#). **O Casal em Crise.** São Paulo: Summus, 1995 - 216 páginas

ANTÓN, Diego Macia. **Drogas: Conhecer e Educar para Prevenir.** São Paulo: Scipione, 2000.

ASSIS, SG. **Traçando Caminhos em uma Sociedade Violenta.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos Centros de Atenção psicossocial no município de Natal.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. – RN, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASTOS, F. I.; COTRIM, B. C. **O consumo de substâncias psicoativas entre os jovens brasileiros: dados, danos e algumas propostas.** In: **JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas.** Brasília: CNPD, 1998. v.2. p.645-670.

BEATTIE, Melody. **Codependência nunca mais.** Trad. BRAGA, Marília. – 10ª Ed. – Rio de Janeiro: Nova Era, 2007.

BECHELLI LPC, Santos MA. **O paciente na psicoterapia de grupo.** *Revista Latino-Am de enfermagem.* v. 13, n. 1. Ribeirão Preto: Jan/Fev; 2005. Disponível em: <http://www.bvs.br/scielo>. Acesso em: out. 2011.

BEZERRA VC, LINHARES ACB. **A família, o adolescente e o uso de drogas.** *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.* 1999; 1: 184-96.

BORDIN, Selma; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. **Sistemas Diagnósticos em Dependência Química – Conceitos Básicos e Classificação**

geral. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde-Br. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 1996.

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília: 5 ed. Ampl. Editora MS, 2004. 340p.

_____. **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento**: Módulo 6. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

_____. **Potaria nº 336/GM. 2002**. Disponível em: portal.saude.gov.br. Acesso em: out. 2011.

BURNS, John E. **A Beleza e a Justiça dos Doze Passos**. Loyola, São Paulo, Brasil, 2005. 163 p.

BURNS, John E.; LABONIA FILHO, Walter. **Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependente de substâncias**. In: **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento**: Módulo 5. Cap.3. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. **Grupos de Mútua-Ajuda e a (RE construção da subjetividade)**, 2001. Disponível em: www.rubedo.psc.br. Acesso em: out. 2011.

CARVALHO, Vilma. **Enfermagem: ensino e perfil profissional/ organização de Vilma de Carvalho**: prefácio de Lygia Paim – 1 ed. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006. 373 p.

CECIL. **Textbook of Medicine**. W.B.Saunders, New York, 1988.

COUTINHO, Maria da Penha de L.; LUDGLEYDSON, Fernandes de Araújo; BERNARD Gontiès **Uso da Maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários**. Psicol. estud. v.9 n.3 Maringá set./dez. 2004.

CORK, R. M. **Alcoholism and the Family**. Addiction Research Foundation, Toronto. 1969.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da. **Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática**. Salvador, Fundação Odebrecht, 2000.

CRIVES, Miranice Nunes do Santos; DIMENSTEIN, Magda. **Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público**. Saude soc [online] 2003, v.12, n.2, p. 26-37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>. Acesso em: 15 set. 2011.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salete Maria Barros. **As redes comunitárias e de saúde no Atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas.** IN: mod. 6, cap. 3, Ministério da Saúde. **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; Gomes, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** – 21 ed. – Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

DRUMMOND, M.; DRUMMOND FILHO, H. **Drogas a busca de respostas.** São Paulo: Loyola. 1998.

DSM-IV. American Psychiatric Association. **Transtornos Relacionados a substancias.** In **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV. (4ª ed, D. Batista, Trad., pp 171-262).** Porto Alegre: Artmed. 1995.

DUCHAMEL, Fabie. **La santé et la famille: une approche systémique em soiss infirmiers.** Montréal; 2 ed. Gaetan Morin, 2007.

EDWARDS, Griffith; GROSS, Milton M. **Alcohol-related problems in the disability perspective. A summary of the consensus of the WHO group of investigators on criteria for identifying and classifying disabilities related to alcohol consumption.** Eds Edwards,G. , Gross, M.M., Keller, M. and Moser, J. *Journal of Studies on Alcohol* 37, 1360-82. 1976.

EDWARDS, Griffith. **Spouse Initial Evaluation.** In: **The treatment of drinking problem.** London: Grant Mcintyre Ltd, 1982.

EDWARDS, Griffith.; ANDERSON, P.; BABOR,T.F. [et al]. **Alcohol Policy and the Public good.** Oxford: Oxford University Press, 1994.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher C.H. **O Tratamento do Alcoolismo - Um guia para Profissionais de Saúde.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FALKOWSKI, W. Group Therapy and the addictions. IN: DARE, C., EDWARDS, G. Psychotherapy, **Treatments and the Addictions.** Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

FENDER, Suely Aparecida. **Grupo de Terapia Multidisciplinar no tratamento de adolescentes com uso indevido de drogas** [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso Pedro; GUIMARÃES, F. Marques. **Superdicionário Língua Portuguesa.** 53º ed. São Paulo: Globo; 2000. 800p.

FIGLIE Neliana Buzi; BORDIN Selma; LARANJEIRA Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química.** São Paulo (SP): Roca; 2004. 540p.

FIGLIE Neliana Buzi; FONTES Andrezza; MORAIS Edilaine; et al. **Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossocial: necessitam de um olhar especial?** [monografia]. São Paulo (SP): UNIFESP; 2004.

FIGLIE Neliana Buzi; PILLON, Sandra Cristina; DUNN, John; et al. **Orientação Familiar para Dependentes Químicos: perfil, expectativas e estratégias.** J. Bras. Psiquiat., 48(10), 471-478, 1999.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** São Caetano do Sul (SP): Difusão; 2004.

FRANCE, Bety. **Um mal chamado Codependência.** Revista Psique. Ed. Escala. Disponível em: psiquecienciaevida.uol.com.br. Acesso: out. 2011.

GALDURÓZ, José Carlos; NAPPO, Solange A; NOTO, Ana Regina; et al. **I Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicoativas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país:** 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002. p. 143

GALDURÓZ, José Carlos; NAPPO, Solange A; NOTO, Ana Regina; et al. **V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras,** 2004. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

GALDURÓZ, José Carlos; NAPPO, Solange A; NOTO, Ana Regina; et al. **II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicoativas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país:** 2005. Brasília, Secretaria Nacional Antidrogas 2007. p. 472.

GAMBARINI, M. A. **Alcoolicos Anônimos.** IN: RAMOS, S.P., BERTOLOTE, J.M. et al. **Alcoolismo Hoje.** 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GROTBERG, Edith Henderson. Introdução: **Novas Tendências em Resiliência.** IN: MELILLO, Aldo; OJEDA, Néstor Suárez e colaboradores. **Resiliência descobrindo as próprias fortalezas.** Porto alegre: Artmed, 2005. 160 p.

HIRDES, A, KANTORSKI LP. **Sistematização do cuidado em enfermagem psiquiátrica.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis (SC): 2000. Maio/ago; 9(2): 94-105.

HIRDES, A, KANTORSKI LP. **A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial.** Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro; 2005. 13(2): 160-6.

HOFFMANN JP; CERBONE FG 2002. **Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: na event history analysis.** Drug and Alcohol Dependence 66:255-264.

HUMBERG, L.V.; **Dependência do Vínculo: uma releitura do conceito de codependência**. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Ciência; - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 1.1.19 - População recenseada e estimada, segundo os municípios - Rio de Janeiro – 2007**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/ta_bela1_1_19.pdf. Acesso em: 25 out. 2008.

JACKSON, J. K. **The adjustment of the family to the crisis of alcoholism**. Quart J. Stud. Alc., 15(4), p.562, 1954.

JACOB, T.; LEONARD, K. **Psychosocial functioning in children of alcoholic fathers, depressed fathers and control fathers**. J Stud Alcohol, 47(5): 373-80, 1986.

JACOBINA RR. **O Manicômio e os Movimentos da Reforma na Psiquiatria: do alienismo à psiquiatria democrática**. Saúde e Debate, 2000 jan/abr; 24(54):90-104.

JOHN FILHO; BURNS, Walter Labonia. **Grupos de ajuda-mútua no tratamento de Pessoas dependentes de Substâncias**. IN: mod. 5, cap. 3, Ministério da Saúde. **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

JUNGERMAN, Flávia S.; LARANJEIRA, Ronaldo. **Entrevista Motivacional – A Teoria e uma experiência de sua aplicação em grupos**, 2001. IN: FOCCHI, Guilherme Rubino de Azevedo; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo; ANDRADE, Arthur Guerra. **Dependência Química – novos modelos de tratamento**. São Paulo. Roca; 2011. 165p.

KAPLAN, M.H; FEINSTEIN, A.R. **The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus**. J chronic dis., v. 27, p. 387-404, 1974 IN: LARANJEIRAS, Ronaldo; ZALESKI, Marcos; RATTO, Lilian. **Comorbidades Psiquiátricas; uma visão global**. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD). p.5.

LARANJEIRA, Ronaldo; NICASTRI, Sergio. **Abuso e dependência de Álcool e Drogas**. In: ALMEIDA, O.; DRACTU, L. LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de Psiquiatria**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Kogan, 1996. Cap. 7, p. 83-112.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Abuso e Dependência do Álcool, diagnóstico e Tratamento Farmacológico**. In: FOCCHI, Guilherme F. de Azevedo; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo [et al]. **Dependência Química – Novos modelos de Tratamento**. 1 ed. São Paulo: Roca, 2001.

LARANJEIRA, Ronaldo. Prefácio In: PINSKY Ilana; BESSA, Marco Antônio. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto. p.p. 9-10. 2004.

LEITE, M. C.; ANDRADE, A. G. e col. **Cocaina e Crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Ed. Artes Medicas, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa em Saúde – 2 ed. –** Florianópolis: UFSC / Pós- Graduação em Enfermagem, 2002.

LOOMIS, M.E. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosjey Company, 1979.

LOURENÇO, R. A. **A família do dependente químico**. In: SERRAT, S. M (Org.). **Drogas e álcool: Prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001. p.136 – 147.

MARLATT, A; GORDON, J. **Prevenção de Recaídas: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993. 501p.

MARTINS, Elizabeth Rose Costa; CORRÊA, Adriana Kátia. **Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2004. março/abril; 12 (número especial): 398-405.

MATURANA, Humberto Romesin; VARELA, Francisco Javier. **A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Campinas. Editorial Psy II, 1995.

MELLO, E.K.N. **Família: a doença que somos nós**. O mundo da Saúde, 1999; 23 (1): 32-35.

MELLO, Denise Getúlio de; FIGLIE Neliana Buzi. **Psicoterapia de Grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química**. IN: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN Selma; LARANJEIRA Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo (SP): Roca; 2004. 540p.

MILLER, Willian Richard; ROLLNICK Stephen. **Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre. Artmed, 2001.

MINAYO, M. C. S; SCHENKER, M. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. n. 20, v. 3, mai./jun. 2004. p. 649-659.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto alegre: Artmed, 1990.

MONTGOMERY, P.; JOHNSON, B. **The stress of marriage to an alcoholic**. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, New Jersey, v. 30, n. 10, p. 12-16, Oct. 1992.

MORAES, Edilaine; FIGLIE, Neliana Buzi. **Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas na Adolescência**. IN: FIGLIE Neliana Buzi; BORDIN Selma; LARANJEIRA Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo (SP): Roca; 2004. 540p.

MORAES, E. **Codependência**, 2007. Disponível em: <http://www.portalpsique.com.br/artigos/co-dependente.htm> Acesso em: out. 2011.

MORAES LMP. **Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: Grupo como estratégia do cuidar**. Fortaleza; Universidade Federal do Ceará; 2008. Disponível em: <http://www.bvs.br/lilacs>. Acesso em: out. 2011.

MOREIRA-Almeida, A.; LOTUFO-NETO, F.; KOENIG, H. G. **Religiousness and mental health: A review**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2006. 28, 242-250.

MOREIRA, Paulo Roberto Fichter, BRAZ, Márcia Ribeiro. **Ab(uso) de substâncias psicoativas álcool e drogas**, 2009.

MUSSAK, Eugênio. **Caminhos da mudança: reflexões sobre um mundo impermanente e sobre as mudanças de dentro para fora**. São Paulo: Integrare Editora, 2008. 191p.

MUNARI, DB; Rodrigues ARF. **Processo Grupal em enfermagem. Possibilidades e Limites**. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1995. 130p.

NAR-ANON NARATEEN. **Coletânea de Normas/Diretrizes**, Palos Verdes, Califórnia, 1993.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. www.na.org.br. Acesso em: out. 2011.

NERY FILHO, Antonio; TORRES, Inês Maria Antunes Paes (Orgs); MACRAE, Eduard... [et al]. **Drogas: Isso lhe interessa?** – Salvador: CETAD/UFBA/CPTT / PMV, 2002.

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. **Terapia Familiar: conceitos e métodos**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

NOTO, Ana Regina; FORMIGONE, Maria Lucia Oliveira de Souza. **Drogas psicotrópicas e a política de saúde pública no Brasil**. Ciência hoje, 181(4), 34-40.

NUNES SILVA, C.A. **A dinâmica Familiar do Alcoólatra**. Re. Bras. Neur. Psiquiat. 2001; 5(1): 1-52.

OLIANI, S.M. **Álcool e Drogas: como levar o familiar dependente a aceitar ajuda**. In: BRANDÃO, M.Z.S., CONTE, F.C.S e MEZZAROBBA, S.M.B. **Comportamento Humano**. ESETec, Santo André, 2002. p.147-159.

OLIVEIRA, Ingrid Bergma da Silva. **Tecendo saberes fenomenologia do tratamento da dependência química**. Universidade Federal do Pará. Belém, 2007. Organização das Nações Unidas - OMS. **Programa para o Controle Internacional de Drogas. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime -UNODC**.

Brasília (DF); 2008. Disponível em: http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080626.html. Acesso: out. 2011.

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento humano**. Porto alegre: Artes médicas,2000.

PAYA, Roberta; FIGLIE Neliana Buzi. **Abordagem Familiar em Dependência Química**. In: FIGLIE Neliana Buzi; BORDIN Selma; LARANJEIRA Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo (SP): Roca; 2004. 540p.

PASTORAL DA SOBRIEDADE. Acesso em: out. 2011. www.sobriedade.org.br

PECHANESKY F; ZSOBOT CM; SCIVOLETTO S. **Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, may, 2004.

POLIT, F. D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

PONCE, Julio de Carvalho, LEYTON, Vilma. **Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil**. Revista de psiquiatria Clínica, São Paulo; 2009. (online). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 15 set. 2011.

PONCIANO ELT, CAVALCANTI MT, FÉRES – CARNEIRO T. **Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 37, n.2. São Paulo; 2010. Disponível em: <http://www.bvs.br/lilacs>. Acesso: out. 2011.

PROJETO VIDA SOLIDÁRIA (PRO-VI-SOL). [Pro-vi-sol.blogspot.com](http://pro-vi-sol.blogspot.com). Acesso em: out. 2011.

RAMOS, S., BERTOLOTE, J. **O alcoolismo hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RECIO, Juan Luis. **Família e Escuela: Agencias Preventivas en Colaboracion**. Adicciones, 11, 3, 201-207; 1999.

RENNA, Marcoa, A. L. **O Tratamento na Dependência Química**. Disponível em: http://www.psicnet.psc.br/v2/site/temas/temas_default.asp?ID:1200. Acesso em: out. 2011.

RATTO, Lilian Ribeiro Caldas; CORDEIRO, D.C. (2004). **Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química**. In: BORDIN, S; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.), **Aconselhamento em dependência química** (pp.167-186). São Paulo: Roca.

SÁIZ, Alejandra Pilar; GONZÁLEZ, M.P.; JIMÉNEZ,L, et al. **Consumo de alcohol, tabaco y outras Drogas y Rasgos de Personalidade en Jóvens de Ensenanza Secundario**. Adicciones, 11, 3, 209-220; 1999.

SANTIAGO, Claudia. **O Massacre de Volta Redonda** (online) 1998. Disponível em: <http://www.piratininga.org.br/artigos/2004/01/santiago-voltaredonda.html>. Acesso em 10 out. 2011.

SCHENKER M, MINAYO MCS. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica**. Cienc Saúde Col. 2003; 8:299-306

SEIBEL Sérgio Dário; TOACANO JUNIOR, A. **Dependência de drogas**. 2º Ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2009. 1150p.

SEIDL, E. M. F.; COSTA, L. F.; SUDBRACK, M. de F. O.(org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas/ Universidade de Brasília, 1999.

SCHAEF, Anne Wilson. **Co- dependence: mistreated**. Minneapolis: Winston Press, 1986.

SCHENKER, Mirian; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v.10, n.3, p.707-717, 2005.

SCHIMID PC. **O trabalho em equipe, a reforma psiquiátrica e a construção de um novo paradigma. Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano**. Cadernos do IPUB, 1999; 14:181-85.

SILBER, Tomás José; SOUZA Ronaldo Pagnoncelli. **Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer**. Adolescência latinoamericana. v. 3, p.14-12, 1998.

SILVA, E. A. **Abordagens Familiares**. J. Bras. Dep. Quim., 2(supl. 1): 21-24, 2001.

SILVA, Mara Regina Santos da; ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva. **O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença**. Maringá: Eduem; 2002. 460p.

SILVA, Martinho Braga Batista. 2004. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social.

SILVA, Ricardo Meneses da. **Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras: A contribuição para o Ensino de Enfermagem no Brasil**. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO - Rio de Janeiro, 2009.

SIMÕES, MP. **Adolescência e uso de drogas**. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. **Panorama atual de drogas e dependência**. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.

SPRICIGO, J. S.; ALENCASTRE, M. B. **O enfermeiro de unidade básica e o usuário de drogas – um estudo em Biguaçu – S.C**. Ver. Latino – Am enfermagem. 2004. Março/Abril; 12 (nº especial): 427-32.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa**. 4 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TOFFOLI, A.; WANJSTOK,A.; MANTEL, M. B.; BISCAIA, M. F. C.; BISCAIA, M. J. S.**Codependência: reflexão crítica dos critérios diagnósticos e uma analogia com o mito de narciso e eco**. Inf. Psiquiát., 16(3): 92-97, 1997.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en Enfermeria Psiquiátrica**. Colômbia, Carvajal,1979, 282p.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

WASELFISZ, J. J. (coord). **Juventude, violência e cidadania: os jovens de Brasília**. São Paulo: Cortez, 1998.

WEGSHEIDER, Sharon. – **Another Chance: Hope and Health for the Alcoholic Family**. Palo Alto, Science and Behavior books, 1981.

ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo Ramos; PETTA, Ana Cecília; MARQUES, Roselli; RATTO, Lílian; ROMANO, Marcos; et al. **Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias**. Rev. Bras. Psiquiatr. V.28, n.2. São Paulo. Jun. 2006.

ZALUAR, Alba. **Drogas: um panorama no Brasil e no mundo**. Ciência hoje, 181 (4), p.: 55-60, 2002.

ZAMPIERI, M. A. J. **Padrão de Codependência e Prevalência de Sintomas Psicoativos**. São José do Rio Preto, 2004. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências Correlatas) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, 2004.

_____. **Codependência: o transtorno e a intervenção em rede**. São Paulo: Ágora, 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 15de mai. 2011.

ZIMERMAM, David E; OSÓRIO LC. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed; 1997.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa: Márcia Figueira Canavez
Título do Projeto: O enfermeiro no grupo de orientação familiar codependente do dependente químico
Coordenador do Projeto: Márcia Figueira Canavez
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24)99665075 / (24)33360768
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Campus Três Poços - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560.

2- Informações ao participante ou responsável:

(a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivos: **Investigar a co-dependência da família do dependente químico inserida no Grupo de Orientação do CAPS-ad II; Identificar o modo como a codependência é expressa no Grupo de familiares de dependentes químicos e Discutir como a participação da família no Grupo de Orientação pode melhorar a convivência com o dependente químico.**

(b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento: **Para a coleta de dados e obtenção dos resultados você está sendo convidado a participar de uma entrevista que obedecerá a um roteiro contendo: identificação, caracterização sócio-demográfica e questões de interesse para o estudo . As entrevistas serão aplicadas aos familiares de dependentes químicos que participam do Grupo de Orientação Familiar do CAPS-ad II a pelo menos um mês, que se mostrarem dispostos a participar da pesquisa e tenham assinado o termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Durante a entrevista será respeitado o direito do entrevistado quanto ao anonimato, como previsto pela Resolução 196/96, assim como a liberdade de participar ou declinar de sua participação, informação completa dos objetivos, sigilo, riscos e benefícios, respeito à liberdade, intimidade e a sua privacidade, como previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no capítulo IV - Art. 35.⁷ Ao entrevistado será oferecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

(c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

(d) A sua participação, como voluntário, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.S.a

(e) A sua participação não envolverá riscos

(f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.

(g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

(h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, _____ de _____ de 20_____.

Participante: _____

APÊNDICE B

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa: “**O enfermeiro no grupo de orientação familiar codependente do dependente químico**”, sob minha responsabilidade, conforme folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa. Tendo como objetivos: **investigar a codependência da família do dependente químico inserida no Grupo de Orientação do CAPS-ad II; identificar o modo como a codependência é expressa no Grupo de familiares de dependentes químicos e discutir como a participação da família no Grupo de Orientação pode melhorar a convivência com o dependente químico.**

A coleta de dados será realizada pela mestrandia **Márcia Figueira Canavez**. Será feita através de **um roteiro de entrevista semi-estruturada contendo identificação, caracterização sócio-demográfica e questões de interesse para o estudo.**

Atenciosamente,

.....
Pesquisador Responsável

De acordo em / /20

(Nome, cargo / carimbo)

APÊNDICE C**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data: _____

Nº da entrevista: _____

1 - Dados de identificação e sociodemográficos do entrevistado

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Religião:

Escolaridade:

Profissão/ocupação:

2 – Dados da pesquisa

Qual o grau de parentesco com o dependente químico _____

Sexo _____ Idade _____

(do dependente químico)

Há quanto tempo ele faz uso de drogas _____

Qual o tipo de droga utilizada _____

Que motivo o levou ao uso de
drogas _____

_____Como você se sente como familiar do dependente químico

_____Esta é a primeira vez que você participa de grupo de orientação para
acompanhando e tratamento de um familiar dependente químico

Sim () Não ()

Em caso positivo, quantas vezes antes _____

Onde foi esta participação _____

Como você considera que a sua participação no Grupo Familiar poderá contribuir na melhoria da convivência com o dependente químico _____

Como você participa no tratamento do seu familiar dependente químico _____

O que você espera do grupo de orientação familiar

O que gostaria que fosse discutido nos encontros de grupos _____

ANEXO I



REITORIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS/CoEPS
Registro SIPAR – Ministério da Saúde: 25.000.158.694/2007-89



CoEPS
Processo Nº 061/11
CAAE 0073.0.446.000-11
Volta Redonda, 14 de junho de 2011.

DO: CoEPS

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

PARA: Profa. Márcia Figueira Canavez

Curso de Enfermagem

Prezada Professora:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do UniFOA, após avaliação de análise crítica envolvendo os aspectos éticos, do projeto intitulado "**O enfermeiro construindo estratégias para à assistência aos familiares de dependentes químicos: Desafios e possibilidades**", sob sua responsabilidade, está dentro dos padrões éticos e atende a Resolução CNS 196/96, assim esta **aprovado**.

Vale ressaltar que, uma vez aprovado, o CoEPS passa a ser co-responsável pelo projeto no que tange aos aspectos éticos da pesquisa.

Atenciosamente,


Prof. Rosana Rêgo
Presidente do Comitê de Ética
UniFOA