



**CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO CEARÁ  
FACULDADE TEOLÓGICA RATIO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ZILVÂNIA CLÁUDIA FREITAS DA SILVA**

**RELAÇÕES FAMILIARES DE CODEPENDÊNCIA: O OLHAR DOS SUJEITOS  
QUE CONVIVEM COM O USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2015**

**ZILVÂNIA CLÁUDIA FREITAS DA SILVA**

**RELAÇÕES FAMILIARES DE CODEPENDÊNCIA: O OLHAR DOS SUJEITOS  
QUE CONVIVEM COM O USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Lucili Grangeiro Cortez

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2015**

S586rSilva, Zilvânia Cláudia Freitas da.

Relações Familiares de Codependência: o olhar dos sujeitos que convivem com o usuário de álcool e outras drogas. / Zilvânia Cláudia Freitas da Silva. Fortaleza, 2015. 60 fls. Enc.

Orientador(a): Profa. Dra. LuciliGrangeiro Cortez  
Monografia (Graduação) –Faculdade Ratio, Curso Serviço Social.

1. Dependência química2. Codependência  
3. Política sobre drogasI. Profa. Dra. LuciliGrangeiro CortezII. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social  
III. Título

CDD361  
CDU 364

**ZILVÂNIA CLÁUDIA FREITAS DA SILVA**

**RELAÇÕES FAMILIARES DE CODEPENDÊNCIA: O OLHAR DOS SUJEITOS  
QUE CONVIVEM COM O USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lucili Grangeiro Cortez (Orientadora)  
Faculdade Teológica Ratio

---

Prof. Dr. Emanuel Bruno Lopes de Sousa  
Faculdade Teológica Ratio

---

Prof<sup>a</sup> Me. Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia  
Faculdade Teológica Ratio

## AGRADECIMENTOS

À Deus pelo amparo e força na realização deste sonho. Toda honra seja dada a Deus, pois Ele tornou real esta conquista em minha vida.

À minha família, pela compreensão e ajuda que me foi dada durante toda a minha vida e especialmente durante o período acadêmico, o que tornou possível a concretização desta vitória.

À minha orientadora, professora e doutora Lucili Grangeiro Cortez que teve muita paciência e sempre entendeu as minhas dificuldades, inclusive quando desanimei em algumas situações, tranquilizou-me nos momentos em que estava apreensiva se conseguiria tornar realidade um sonho, a conclusão deste trabalho que é muito importante para mim, por tudo que vivi.

Aos professores que me acompanharam em minha caminhada acadêmica, em especial à professora Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia, por seu profissionalismo e ser humano maravilhoso.

Às minhas amigas de trabalho, minha segunda família, que sempre me deram força e apoio com otimismo e palavras positivas.

Às amigas Angélica Maria Monte e Eliene Brito, que sem a ajuda e amparo de irmãs, eu não estaria hoje comemorando esta conquista.

Em especial à Carlos Feitosa, obrigada pela amizade, o carinho, a paciência, cumplicidade e amparo nestes momentos de construção e aflição.

Enfim, obrigada à todos que me ajudaram com ações e pensamentos positivos.

“A felicidade aparece para aqueles que choram. Para aqueles que se machucam. Para aqueles que buscam e tentam sempre. E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passaram por suas vidas.”

(Clarice Lispector)

## RESUMO

Este estudo objetiva compreender o fenômeno da dependência química, com ênfase na codependência dos familiares e cuidadores, os quais construíram relações afetivas com os usuários de álcool e outras drogas. No intuito de apreender essa realidade, busca-se verificar a influência dessa relação na dimensão pessoal e social. O assistente social atua nas múltiplas expressões da questão social, visando, sobretudo a garantia dos direitos humanos. Dessa forma, deve-se compreender a codependência como uma dimensão da questão social relacionada com a dependência de substância química que afeta a família e as pessoas inseridas nessa relação com os usuários. No que concerne ao percurso metodológico, este estudo caracteriza pela abordagem qualitativa. No que se refere aos procedimentos técnicos, abrange a pesquisa bibliográfica e a de campo. Participaram deste estudo quatro familiares, nos quais se aplicou uma entrevista semi-estruturada, visando conhecer a realidade vivenciada pelas famílias e codependentes. Procedeu a revisão da literatura, destacando a Política Nacional sobre Drogas no contexto do Brasil; aspectos da dependência química e a codependência na percepção dos sujeitos, e as relações familiares dos codependentes. A pesquisa revelou a necessidade de apoio psicológico e social para os dependentes químicos e seus familiares, codependentes, cuja abordagem deve ser realizada pela equipe multidisciplinar. Com base nos relatos, constatou-se que a drogadição afeta a dinâmica das famílias, as quais, às vezes, reorganizam suas vidas em função do dependente químico. Essa realidade é impulsionada pela busca de tratamento em clínicas especializadas ou em outros espaços terapêuticos. A pesquisa revelou que os familiares geralmente não reconhecem as múltiplas facetas do fenômeno da drogadição, a qual tem desdobramentos para o dependente, o qual necessita de acompanhamento psicossocial, bem como o codependente, o qual deve buscar psicoterapia e orientação social. Portanto, compete ao Estado implementar políticas públicas que atendam aos indivíduos e coletivos que vivenciam essa realidade da drogadição no âmbito de sua família. Salienta-se que o assistente social deve atuar no campo da saúde mental relacionada com a dependência química do álcool e outras drogas, buscando ampliar a garantia dos direitos sociais, políticos e culturais das pessoas que vivenciam essa realidade em suas vidas.

**Palavras-Chave:** Dependência química. Codependência. Família. Política sobre drogas.

## **ABSTRACT**

This study aims to understand the phenomenon of drug addiction, with an emphasis on codependency of family members and caregivers, who have built personal relationships with the users of alcohol and other drugs. In order to grasp this reality, we seek to verify the influence of this relationship in personal and social dimension. The social worker operates in multiple expressions of social issues, aimed mainly the guarantee of human rights. Thus, it should be understood codependency as a dimension of social issues related to chemical dependency that affects the family and the people entered this relationship with users. Regarding the methodological approach, this study is characterized by qualitative approach. Regarding the objectives, this study covers the descriptive research. With regard to the technical procedures, covers the literature and the field. The study included four families, in which it applied a semi-structured interview, seeking to know the reality experienced by families and addicts. Conducted the literature review, highlighting the National Policy on drugs in the context of Brazil; aspects of chemical dependency and codependency in the perception of the subjects, and family relationships of addicts. The survey revealed the need for psychological and social support for drug addicts and their families, addicts, whose approach should be conducted by a multidisciplinary team. Based on reports, if contacted that drug addiction affects the dynamics of families, which sometimes reorganize their lives due to the chemically dependent. This reality is driven by seeking treatment in clinics or in other therapeutic areas. The survey revealed that family members generally do not recognize the multiple facets of the phenomenon of drug addiction, which has many consequences for the addict, which require psychosocial support, and the codependent, which should seek psychotherapy and social orientation. Therefore, the State must implement public policies that meet the individual and groups to experience this reality of drug addiction within their family. Please note that the social worker must act in the field of mental health-related chemical dependency on alcohol and other drugs for deepening the guarantee of social, political and cultural rights of people who experience this reality in their lives.

**Keywords:** Substance abuse. Codependency. Family. Drug policy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Substâncias alcólicas .....	30
Figura 2	Principais solventes ou inalantes.....	31
Figura 3	Maconha.....	32
Figura 4	Cocaína e pasta de Coca .....	33
Figura 5	Tabaco .....	34
Figura 6	Tranquilizantes ou ansiolíticos .....	35
Figura 7	Anfetaminas .....	35
Figura 8	Anticolinérgicos .....	36
Figura 9	Ópio e morfina .....	36
Figura 10	Perturbadores sintéticos .....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AA</b>	Alcoólicos Anônimos
<b>ABEAD</b>	Associação Brasileira de Estudos do Álcool
<b>CEBRID</b>	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
<b>IPECE</b>	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime
<b>NEPAD</b>	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas
<b>OBRID</b>	Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional Antidrogas
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>UNIAD</b>	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
<b>UNIPRAD</b>	Unidade de Projetos Relacionados ao Uso de Drogas

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
2	POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS NO CONTEXTO BRASILEIRO .....	21
3	CONTEXTO HISTÓRICO DA ORIGEM DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....	29
4	DEPENDÊNCIA QUÍMICA E CODEPENDÊNCIA: A EXPERIÊNCIA DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	39
4.1	O processo de dependência química na perspectiva dos atores da pesquisa .....	39
4.2	A codependência dos familiares e cuidadores do alcoolistas ou drogadictos .....	43
4.3	Processo de tratamento para o codependente .....	45
5	AS RELAÇÕES FAMILIARES DOS CODEPENDENTES .....	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
	REFERÊNCIAS .....	55
	APÊNDICE A .....	59
	APÊNDICE B .....	60

## 1 INTRODUÇÃO

Compreender a dependência química e a codependência de familiares e cuidadores é primordial, considerando o contexto de sociedade no qual o consumo de drogas e o número de usuários vêm crescendo. Consoante o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2009), a utilização de drogas está relacionada com a busca de prazer, de amenizar ansiedade, tensão, medos e aliviar dores físicas. Ao ser utilizado de forma abusiva e repetitiva, sem conseguir-se controlar o consumo, a droga pode ocasionar dependência.

Afirma-se que essa dependência pode ser de natureza psicológica ou fisiológica, sendo que, no primeiro tipo, quando há interrupção do uso da substância, aparece sensação de desconforto e mal-estar, bem como aumento da ansiedade. Já no segundo tipo, a dependência apresenta sintomas físicos quando o indivíduo não utiliza a droga, conhecido como “síndrome de abstinência” (CEBRID, 2009).

Ao abordar a dependência, observa-se que os estudos são direcionados de forma prioritária ao dependente, sem contemplar pessoas que recebem influências e sofrem por manter este relacionamento, que as fazem esquecer de suas próprias escolhas. Diante desse contexto, este estudo aborda a codependência a partir da compreensão do próprio indivíduo.

Esta pesquisa se propõe a compreender o fenômeno da dependência do alcoolismo e/ou da drogadição<sup>1</sup>, buscando identificar as questões sociais às quais os familiares estão sujeitos. Portanto, busca-se entender a relação de codependência entre os membros da família que o apóiam e acompanham o processo de reabilitação dos usuários de álcool e/ou drogas.

Portanto, este estudo objetiva compreender o fenômeno da dependência química, com ênfase na codependência dos familiares e cuidadores, os quais construíram relações afetivas com os usuários de álcool e outras drogas. No intuito de compreender essa realidade, busca-se verificar a influência dessa relação no campos emocional e social.

As ações profissionais de intervenção no fenômeno da dependência de substâncias químicas devem ser implementadas no campo da Saúde Pública com base em pesquisas científicas. Concernente ao uso de substâncias psicoativas, as drogas que mais preocupam são o álcool e o crack. Conforme Laranjeira (2014), “o álcool é a droga que mais gera violência familiar e urbana, e que contribui com cerca de 10% para a toda a carga de doença no Brasil”.

---

<sup>1</sup> O termo drogadição (com origem no latim (*addictu*)), foi criado para definir todo e qualquer vício bioquímico de seres humanos em relação à alguma droga. Além disso, o termo é utilizado para se referir às causas do vício químico no que se refere à inclusão e exclusão do indivíduo na sociedade, fatores econômicos, políticos, genéticos e biofarmacológicos. (ARAÚJO, 2011).

O debate nacional e internacional sobre as políticas a serem adotadas para o controle das drogas ilícitas apresenta diversas percepções e antagonismos. Por um lado, os que argumentam em prol da legalização, consideram que a mudança legislativa pode resolver essa questão complexa. Por outro lado, algumas pessoas defendem a atitude repressiva e penal. Laranjeira (2014) afirma que essas duas abordagens não são efetivas, e não se pautam nas evidências científicas. O autor destaca que “uma abordagem ideal coloca ênfase na prevenção e no tratamento, enquanto ao mesmo tempo defende que o sistema de justiça possa retirar os usuários de drogas, não violentos, que cometeram algum crime do sistema prisional para o sistema de tratamento”(p.6).

O Estado deve assegurar uma política de drogas, na perspectiva humana e com base em evidências científicas. O Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, 2014) é um estudo populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira. O estudo contribui no desenvolvimento de políticas de saúde pública, baseada em evidências concretas de uma amostra representativa da população brasileira.

No intuito de refletir sobre a dimensão da abrangência da drogadição no Brasil, apresenta-se o estudo realizado pela Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas/ Unifesp, o qual procedeu o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II Lenad), cuja pesquisa contemplou em 2006 uma amostra que totalizava 3007 brasileiros entrevistados; enquanto que em 2012, a amostra alcançou 4607 entrevistas em todo Brasil. (LENAD, 2014).

Os dados da pesquisa exposta na Tabela 1 mostra a prevalência de pessoas que consomem bebidas alcoólicas na população, considerando-se abstinentes aqueles que não beberam em nenhuma ocasião nos últimos 12 meses, os demais (não abstinentes) compõe a base de pessoas que consomem substâncias alcoólicas das amostras analisadas.

Tabela 1- Proporção de abstinentes (não consumiu álcool nos últimos 12 meses), população adulta (18 ou mais), 2006 e 2012.

Ano do estudo		Abstinentes %	Não Abstinentes %	Total %
2006	Homens	35	65	100
	Mulheres	59	41	100
	Total	48	52	100
2012	Homens	38	62	100
	Mulheres	62	38	100
	Total	50	50	100

Fonte: Lenad, 2014.

Os resultados do estudo revelam que a proporção de abstinentes entre 2006 e 2012 demonstrou pequena variação: eram 48% do total da população em 2006 e passaram para 50% em 2012. Esses dados indicam que não houve mudanças específicas na população abstinente por gênero entre 2006 e 2012. (LENAD, 2014).

Verifica-se proporção significativamente maior de consumidores entre os homens (o número de homens adultos não abstinentes observado em 2012 é 1,6 vezes maior que o número de mulheres em mesma condição). Destaca-se que entre os homens, a prevalência de abstinência observada em 2006 era de 35%; enquanto que em 2012 alcançou 38%; entre as mulheres as mesmas prevalências observadas foram de 59% e 62%, respectivamente, (LENAD, 2014).

A pesquisa demonstra também que entre os homens a prevalência de não abstinência observada em 2006 era de 65% e chegou a 62% em 2012; enquanto que entre as mulheres as mesmas prevalências observadas foram de 52% e 50%, respectivamente. Constata-se, portanto, que a prevalência de consumidores não apresentou mudanças significativas comparando os dois anos do estudo (LENAD, 2014).

Em publicação recente da UNODC, o Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes como a cocaína – seja na forma intranasal (“pó”) ou fumada (crack, merla ou oxi) – está aumentando enquanto na maioria dos países o consumo está diminuindo.

Embora a sociedade brasileira esteja ciente deste importante problema de saúde pública, seu conhecimento acerca dos padrões de consumo, da dependência, bem como dos problemas associados ao uso de cocaína, ainda são incipientes.

A maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo. Tendo em vista o contexto sócio-cultural e político que o Brasil está vivendo é fundamental o conhecimento do fenômeno do uso de maconha, sua proporção e consequências.

Pesquisa mostra as prevalências de diferentes drogas ilícitas na população brasileira, os dados trazem tanto a proporção de indivíduos que consumiu algumas das substâncias alguma vez na vida, como o uso de determinadas substâncias nos últimos 12 meses.

Os dados apresentados do estudo de 2012 são fruto de um bloco de questões respondidas via autopreenchimento, ou seja, sem exposição das respostas ao entrevistador. Foram entrevistados 13.947.197 adolescentes e 134.370.019 adultos.

A pesquisa revelou que a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Do total da população adulta, 5,8% declarou já ter usado a substância alguma vez na vida – ou seja, 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram

maconha pelo menos uma vez na vida. Entre os adolescentes esse número é de 597 mil indivíduos (4,3%) dentre quase 14 milhões de adolescentes brasileiros. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos declaram ter usado e 3,4% dos adolescentes – representando mais de 3 milhões de adultos e 478 mil adolescentes no país. (LENAD, 2014).

A prevalência do uso da cocaína uma vez na vida pela população adulta observada é de 3,8%, representando cerca de 5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, sendo que a prevalência do uso de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta observada é de 1,7% - representando mais de 2 milhões de brasileiros. No caso dos adolescentes, 2,3% dos adolescentes declararam ter utilizado pelo menos uma vez na vida cocaína e 1,6% deles declararam ter utilizado nos últimos 12 meses – representando cerca de 225 mil adolescentes em todo país (LENAD, 2014).

Com base nos estudos realizados pela Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas/Unifesp (LENAD, 2014), constata-se que o Brasil é segundo maior consumidor de cocaína e derivados do mundo, no qual os Estados Unidos é considerado o primeiro consumidor. Verifica-se também que o país responde hoje por 20% do mercado mundial da drogadição.

De acordo com os dados da pesquisa, a população brasileira tem consumido cada vez mais algum tipo de droga, com isso o aumento de dependentes está cada vez maior e gerando também codependentes, sobre este aumento do consumo Dias (2014, p. 11) declara que:

Na atualidade, é perceptível o aumento do consumo de drogas ilícitas. Em todo Brasil, nos últimos anos, ficou marcada a trágica constatação de que o Crack se infiltrou na sociedade, deixando de ser uma droga consumida apenas pela classe baixa ou por moradores em situação de rua, avançando também em direção às classes média e alta e mostrando a dimensão da sua capacidade de gerar dependência em seus usuários.

Diante dessa realidade, o governo brasileiro tem elaborado políticas públicas que visam à reinserção social de usuários, destacando o Decreto nº 7.179, de 20/05/2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, com a participação da sociedade civil que deve refletir sobre essa questão social.

Conforme preconiza o art. 1º, do Decreto nº 7.179/2010, “Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas”. As ações do Plano devem realizar-se de forma descentralizada:

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2010).

Com base no referido decreto, pode-se afirmar que as ações devem ser realizadas de forma intersetorial, buscando a articulação com as políticas da educação, saúde, assistência social, cultura etc, visando primordialmente traçar ações sócio-educativas para a superação da drogadição.

§ 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Portanto, reafirma-se a importância das ações de enfrentamento a drogadição estarem integradas as políticas setoriais, em convergência com as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. O Sisnad contempla as seguintes finalidades:

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:  
I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;  
II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (BRASIL,2006).

Dessa forma, percebe-se que a Política Pública sobre Drogas visa primordialmente a prevenção do uso indevido e a reinserção social de usuários e dependentes de substâncias químicas.

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (Ipece) revela que Fortaleza ocupa a segunda capital do Brasil com número de estudantes do 9º ano do ensino fundamental que afirmam ter usado o *crack*, dez ou mais vezes e índices de 3,8% entre alunos das escolas públicas e privadas. Os dados são do estudo “O Uso de drogas Ilícitas entre Estudantes do Ensino Fundamental em Fortaleza e Demais Capitais Brasileiras”, no qual retrata a realidade de 2012.

Nesse horizonte, pode-se estimar que para cada dependente químico, haja um ou mais codependentes, estes, em sua maioria, sem qualquer conhecimento do que significa esse problema, embora haja o sofrimento emocional e a realidade que se desenha no contexto, podendo salientar que, às vezes, os codependentes assumem as dívidas com os traficantes,

impulsionado pelo medo de um fim trágico de seu familiar/ente querido, havendo, portanto, uma “cadeia” emocional que impulsiona às ações.

Diante dessa realidade, deve-se refletir sobre a codependência, buscando compreender o contexto social das pessoas inseridas nessa relação, as quais submetem-se as situações de agressões físicas, psicológicas e morais.

Identificou-se, como fator importante, na relação de dependência e codependência, o conhecimento sobre a necessidade de acompanhamento do dependente químico, como também, do próprio codependente. Ressalta-se que esse acompanhamento deve ser efetivado por uma equipe multiprofissional que contemple as dimensões sociais, psicológicas e físicas, visando, sobretudo, a redução da codependência.

A codependência também podem afetar a saúde, principalmente, contribuindo para a depressão, o câncer, entre outros. Embora não contemple como causa morte, nas certidões de óbito, a codependência, às vezes, é o agente desencadeante de doenças. Ao mesmo tempo em que a codependência causa sofrimento, ela age sobre a baixa autoestima, e as alterações na identidade do sujeito, conforme o Jornal O Povo(2014).

No cotidiano profissional e no âmbito social, observou-se uma relação complexa entre os dependentes e os codependentes, cuja realidade suscitou nosso interesse em pesquisar a temática, buscando compreender esse fenômeno e identificar as instituições que atendam os codependentes.

O assistente social atua nas múltiplas expressões da questão social, visando, sobretudo a garantia dos direitos humanos. Dessa forma, deve-se compreender a codependência como uma dimensão da questão social relacionada com a dependência de substância química (álcool e outras drogas) que afeta a família e as pessoas inseridas nessa relação com os usuários.

Considerando essa realidade que se descortina, e que causa tantos conflitos e sofrimentos, o assistente social deve buscar compreender as várias faces que envolvem as questões relacionadas a drogadição, realizando as mediações no campo teórico e prático, no intuito de ampliar os direitos, orientando os usuários com base na Política Nacional sobre Drogas e no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas; além de nortear as ações com base na Rede de Atenção Psicossocial(RAPS), conforme a Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011.

A Política Nacional de Saúde Mental visa fortalecer um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas

mentais, incluindo os efeitos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede é composta por serviços e equipamentos, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III)(BRASI, 2011).

A pesquisa permitirá um aprofundamento sobre o processo de codependência, buscando um maior entendimento sobre o tema, e a compreensão dos aspectos que norteiam essa relação. Demo (1985) afirma que

Pesquisa é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade. Partimos do pressuposto de que a realidade não se desvenda na superfície. Não é o que aparenta à primeira vista. Ademais, nossos esquemas explicativos nunca esgotam a realidade, porque esta é mais exuberante que aqueles. (DEMO,1985, p. 23)

Pesquisar é tentar desvendar o aparente para buscar à essência daquilo que nos é apresentado. Dessa forma, em tudo que existe há a possibilidade de novas descobertas, novos contornos e novos caminhos a serem percorridos.

Para Demo (1985, p. 26), “o grande valor da pesquisa empírica é o de trazer a teoria para a realidade concreta”. Esse realmente é o objetivo do pesquisador ao propor uma pesquisa baseada em fatos da realidade.

Na perspectiva de Minayo (2010, p.14) a metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade,[...] ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas”. A pesquisa segundo Minayo (2006) define-se como uma

Atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. [...]Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação (MINAYO, 2006, p.47)

No que concerne ao percurso metodológico, este estudo caracteriza-se pela abordagem qualitativa, a qual segundo Minayo (2006), corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis. Ainda segundo a autora, a pesquisa qualitativa

responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social[...] (MINAYO, 2010, p. 21).

Referente aos objetivos, este estudo abrange a pesquisa descritiva. Com base no pensamento de Gil (1999), essa modalidade de pesquisa visa descrever características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre as variáveis, destacando-se pela utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados. Dessa forma, constata-se que a pesquisa descritiva se aplica ao contexto deste estudo, visto que busca compreender a realidade das famílias e/ou pessoas que mantém relação de codependência com usuários de álcool e outras drogas.

No que se refere aos procedimentos técnicos, este estudo abrange a pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida mediante material já elaborado, contido nos livros e artigos científicos. Abrange o referencial tornado público em relação ao tema de estudo (GIL, 1999). Segundo Vergara (2004), a pesquisa de campo constitui uma investigação empírica realizada em um ambiente social em que ocorreu um fenômeno.

Para a coleta dos dados qualitativos, utilizou-se a entrevista, definida por Gil (1999) como técnica em que o pesquisador formula perguntas com o objetivo de obter os dados que interessam à investigação, constituindo uma forma de interação social e de diálogo.

Este estudo aplicou a entrevista semiestruturada com familiares de pessoas usuárias de álcool e outras drogas.. Segundo Gil (1987), o único modo de reproduzir com precisão as respostas é registrá-las durante a entrevista, procedendo-se as anotações e uso de gravador.

Convém salientar que a entrevista é fundamental para a pesquisa, uma vez que é por meio dessa técnica que compreender o fenômeno e a vivência dos sujeitos, os quais podem expor a experiência. De acordo com Haguette (1987, p. 63) “o processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”.

O roteiro da entrevista foi elaborado, abrangendo questões pertinentes a dependência química, com enfoque na relação de codependência, conforme Apêndice A.

Concernente aos sujeitos da pesquisa, participaram deste estudo pais, esposa e irmã de dependentes de álcool e outras drogas, totalizando quatro sujeitos, Considera-se a construção de relações afetivas e/ou o grau de envolvimento, cujas relações podem nortear-se pelos conflitos emocionais e sociais, conforme foram identificados na pesquisa exploratória. Portanto, os atores desta pesquisa apresentam o seguinte perfil bibliográfico. Os nomes são fictícios para proteger a identidade dos mesmos, os quais foram escolhidos aleatoriamente

1) Laura, 42 anos, parda, solteira, natural de Crato, curso superior, profissão de auxiliar administrativo, irmã do usuário;

2) Samara, 31 anos, branca, casada, natural de Fortaleza, curso superior incompleto, profissão de auxiliar de administração, esposa do usuário;

3) Maria, 73 anos, negra, separada, natural do Rio de Janeiro, ensino fundamental, aposentada e mãe do usuário;

4) Bárbara, 24 anos, branca, casada, natural de Fortaleza, curso superior incompleto, assistente social.

Entre os principais autores que serviram de base para a análise de dados estão: Beattie (2013); Ferreira (1997); Gil (1997); Haguette (1987); Kalina (1988;1991).

A análise dos dados realizou-se a partir da leitura da entrevista, contextualizando a realidade vivenciada pelos sujeitos com a literatura. As entrevistas foram transcritas para a análise das informações obtidas, procedendo uma discussão, relacionando-as com os autores. Procedeu-se a interpretação das falas dos sujeitos, identificando os traços comuns e divergentes sobre o tema proposto.

A estrutura deste estudo abrange seis seções. Na primeira, apresenta-se a contextualização do objeto de pesquisa, os objetivos e o delineamento da pesquisa. A segunda seção aborda-se sobre a Política Nacional sobre drogas no contexto brasileiro. A terceira enfoca o contexto histórico do álcool e outras drogas. Já na quarta seção, salienta-se o processo de dependência química e a codependência dos familiares e cuidadores do alcoolistas ou drogadictos. Abordamos na quinta seção, as relações familiares dos codependentes. Finalizando nas considerações finais, referências e apêndices.

## **2 POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS NO CONTEXTO BRASILEIRO**

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) revela uma nova etapa de atuação do governo federal na abordagem relativos a redução da demanda e da oferta de drogas. A Política expressa um avanço nas políticas públicas sobre drogas.

A Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), órgão responsável por coordenar e integrar as ações do governo relativas à redução da demanda de drogas, realizou um processo democrático com participação governamental e da sociedade civil, visando o realinhamento da política vigente desde 2001.

A PNAD considera os contextos regional, nacional e internacional, além dos avanços da ciência, as transformações sociais, políticas, econômicas e tecnológicas pelas quais o país e o mundo estão inseridos.

O governo do presidente Lula, em 2005, atuou como articulador do processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, realizando as discussões com a comunidade científica e a sociedade. Ao final do processo, a Política Nacional sobre Drogas foi apresentada ao Conselho Nacional Antidrogas (Conad), que a aprovou, sem ressalvas (BRASIL, 2005).

Os pressupostos da Política Nacional sobre Drogas compreendem os seguintes aspectos: buscar atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada; tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.[...]; garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas; priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade; não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção; [...]; garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - Conad, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas (BRASIL, 2010).

Ressaltam-se também os seguintes pressupostos: fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado

e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.[...] Reconhecer o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes. - Garantir dotações orçamentárias permanentes para o Fundo Nacional Antidrogas - Funad, a fim de implementar ações propostas pela Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010).

A Política Nacional sobre Drogas contempla os seguintes objetivos: conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências; educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos;[...] Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas; avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis. - Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade;[...]; instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde, dentre outras dimensões.(BRASIL, 2010).

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Conforme o Art. 3º, da referida lei, o Sisnad tem “a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas”.

Consoante o Art. 4º, os princípios do Sisnad abrangem:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade; II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes; III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados; IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do Sisnad; V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad [...] (BRASIL, 2010, p. 29).

Ao analisar o art 4º, observa-se a importância da participação do Estado e da Sociedade, na implementação das ações em prol da proteção para o uso indevido de drogas, reconhecendo os direitos essenciais da pessoa humana.

Salientam-se também os seguintes princípios do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas:

[...]VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito; VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito; VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad; IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social. (BRASIL, 2010, p. 29).

Ao refletir sobre esses princípios, constata-se a importância da abordagem multidisciplinar que trace ações que visem compreender o fenômeno de forma ampla, destacando a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Com base na Lei nº 11.343/ 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas contempla os seguintes objetivos, conforme o art 5º.

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados; II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios; IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei. (BRASIL, 2010, p. 29).

Com base na lei supramencionada, destaca-se a importância do objetivo relacionado a inclusão social do cidadão, e integração entre as políticas de prevenção do uso indevido e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

O Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências.

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, órgão superior do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, no intuito de ampliar a participação social para a discussão do tema e ciente dos graves problemas relacionados ao consumo de álcool, inaugurou em 2004 a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool – CEPPA, composta por órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil.

O Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007, aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Referida Política Nacional sobre o Álcool contempla o seguinte objetivo

1.A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2010, p. 80).

Ao refletir sobre essa Política, observa-se a dimensão da intersetorialidade e da integralidade de ações que visam a redução dos danos sociais, à saúde e a vida, proveniente do consumo do álcool.

A Política Nacional sobre o Álcool preconiza que “o acesso e recebimento de informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool e sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e de orientações voltadas para o seu uso responsável, é direito de todos os consumidores”. (BRASIL, 2010, p.80). Dessa forma, observam-se a importância dos conhecimentos sobre os efeitos do álcool na vida dos usuários, dependentes de substâncias alcoólicas.

A lei declara ainda que “ compete ao Governo, com a colaboração da sociedade, a proteção dos segmentos populacionais vulneráveis ao consumo prejudicial e ao desenvolvimento de hábito e dependência de álcool”. (BRASIL, 2010, p.80).

### São diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool:

1 - promover a interação entre Governo e sociedade, em todos os seus segmentos, com ênfase na saúde pública, educação, segurança, setor produtivo, comércio, serviços e organizações não-governamentais; 2 - estabelecer ações descentralizadas e autônomas de gestão e execução nas esferas federal, estadual, municipal e distrital; 3 - estimular para que as instâncias de controle social dos âmbitos federal, estadual, municipal e distrital observem, no limite de suas competências, seu papel de articulador dos diversos segmentos envolvidos; 4 - utilizar a lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo; 5 - considerar como conceito de redução de danos, para efeitos desta Política, o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool; 6 - ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010, p.80).

Com base nas diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool, observa-se a importância do conceito ampliado de redução de danos para base para as ações políticas, educativas e de prevenção ao uso de álcool.

Constatam-se também as seguintes diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool, destacando ações que promovam a formação dos trabalhadores de saúde que atuam na rede de atenção integral a usuários de álcool do SUS.

7 - estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos; 8 - promover programas de formação específica para os trabalhadores de saúde que atuam na rede de atenção integral a usuários de álcool do SUS; 9 - regulamentar a formação de técnicos para a atuação em unidades de cuidados que não sejam componentes da rede SUS; 10 - promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool; 11 - promover e facilitar o acesso da população à alternativas culturais e de lazer que possam constituir alternativas de estilo de vida que não considerem o consumo de álcool; 12 - incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis ao consumo de álcool em face do hiato existente entre as práticas de comunicação e a realidade epidemiológica evidenciada no País; dirigir;[...]. (BRASIL, 2010, p.81).

Ao analisar as diretrizes dessa Política, verifica-se a importância de efetivar ações de comunicação e educação que visem socializar os conhecimentos sobre as consequências do uso do álcool; além de promover o acesso a população as ações de lazer e cultura, visando estimular a mudança no estilo de vida.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base no Art. 2º, da Portaria nº 3.088/2011, constitui-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: “I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos”. Além dessas diretrizes, a Rede contempla os seguintes aspectos:

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, p.2).

Ao analisar as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, pode-se afirmar que as ações desenvolvidas devem nortear-se pela base territorial e comunitária, valorizando a participação dos usuários e de seus familiares. Destaca-se também que a rede de atenção à saúde deve ser regionalizada com ações intersetoriais que contemplem o cuidado de forma integral.

São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Conforme o Art. 4º, da Portaria nº 3.088/2011, os objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial contemplam as seguintes ações:

I- promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011, p.3).

Ressalta-se que um dos objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial refere-se a redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; além de promover a reinserção dessas pessoas por meio do acesso ao trabalho. Dessa forma, a equipe que atua deve empenhar-se para atender esses objetivos, traçando estratégias de intervenções com base no projeto terapêutico singular.

Conforme o Art. 5º, da Portaria nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial contempla os seguintes componentes: 1) atenção básica em saúde, composta pelo pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde; equipe de atenção básica para populações específicas e Centros de Convivência; 2) atenção psicossocial especializada, formada pelos pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; 3) atenção de urgência e emergência, integrando os pontos de atenção: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros; 4) atenção residencial de caráter transitório, formada pelos pontos de atenção: Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; 5) atenção hospitalar, formada pelos pontos de atenção: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; estratégias de desinstitucionalização, composto pelo ponto de atenção: Serviços Residenciais Terapêuticos; e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Considera-se que a Rede de Atenção Psicossocial é complexa e apresenta uma ampla atuação, com diversos equipamentos para atender as pessoas com sofrimento mental e com necessidades provenientes do uso de álcool e outras drogas. Dessa forma: a Unidade Básica de Saúde compreende:

O serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 5).

Observa-se, portanto, que a Unidade Básica de Saúde deve atuar na dimensão da promoção e proteção da saúde, como também na redução de danos, visando desenvolver a atenção integral dos indivíduos e coletivos.

No que se refere às equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, considera-se que a equipe de consultório na rua é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua. A equipe deve ofertar cuidados em saúde mental, para pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais; e usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos. Destaca-se que a equipe de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório oferece suporte clínico, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. Ressalta-se que o centro de convivência refere-se a unidade pública, articulada à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (BRASIL, 2011, p.5).

A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial deve desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Os Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio (BRASIL, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial atua na perspectiva interdisciplinar, realizando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. As atividades são realizadas em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (BRASIL, 2011).

### 3 CONTEXTO HISTÓRICO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

De acordo com Moreno et al. (2009) e a Federação de Comunidades Terapêuticas (2001), há relações entre a utilização de substâncias e a origem do homem, destacando que

As utilizações de substâncias naturais, para mudar as percepções humanas, confundem com a própria origem do homem. O álcool é considerado a droga mais antiga de todas as substâncias psicoativas com o objetivo de mudar mente e emoções. Através das épocas verificou-se um avanço nas técnicas de fermentação através das matérias primas como cevada e frutas. Qualquer cereal ou fruta prensadas sofrem alterações em consequência da fermentação. (LARANJEIRA, 2005, p. 57)

Ainda segundo Moreno (2009), o processo de produção de bebidas alcoólicas, como arte, foi efetivada pelos povos egípcios e gregos. E ainda, os egípcios possuíam destilarias onde praticavam o culto a Osíris como forma de agradecimento pela dádiva da cevada. Os gregos cultuavam à Dionísio, e ofereciam bebidas alcoólicas, aos soldados e a outros deuses como meta de facilitar as relações interpessoais. Baco era cultuado pelos romanos como forma de agradecimento pelo “vinho divino” criado por esses deuses e desse modo passaram a divulgar e a distribuir por toda a Europa as bebidas fermentadas.

Durante a idade média, o álcool foi divulgado como saudável e utilizado para fins terapêuticos, denominado *aqua vitae*. Os árabes, com conhecimentos mais apurados de destilação, começam a produzir bebidas com maior teor alcoólico, dando origem as bebidas destiladas. Já em pleno século XIX, com a revolução industrial, observou-se uma maior popularidade e expansão de consumo como também suas consequências. Nessa época surgiu as primeiras preocupações com a prevenção e criação de campanhas e leis de normalização.

Andrade e Espinheira (2010) relatam que quando os portugueses chegaram ao Brasil, eles descobriram uma bebida fermentada através da mandioca, denominada cauim; produzida pelos índios, tratava-se de uma bebida forte, usada em rituais e em festas. Os portugueses, que já eram familiarizados com o vinho e a cerveja, passaram a ser apresentados a cachaça (caldo em processo de fermentação), a priori denominada melaço e depois cagaça e só mais tarde passou a ser chamada de cachaça. A cachaça tinha como efeito a alteração da consciência, o intuito era silenciar as dores e a alma; açoitar espíritos em festas; atizar a coragem em covardes e para aplacar traições e ilusões.

O álcool é a droga de uso mais frequente em toda a sociedade. Em geral quando há a referência ao álcool, trata-se do etanol ou álcool etílico, que é um produto obtido a partir da destilação ou fermentação, comumente a partir de produtos como cevada, milho, cana de açúcar, entre outros.

A Figura 1 mostra as bebidas alcoólicas, destacando bebidas fermentadas, tais como o vinho e a cerveja; e bebidas destilados, tais como a pinga, uísque e vodca.

Figura 1 – Substâncias alcóolicas



Fonte: Cebrid(2003).

Os efeitos do álcool no organismo variam de acordo com os tipos de bebidas ingeridas pelo usuário e a constância de consumo. Os efeitos são variados, desde um mal estar até a falência múltipla de órgãos, podendo redundar em morte. Quanto ao consumo, as estatísticas apontam que

O Ceará, depois de Minas Gerais, é o Estado no País com maior número de pessoas mortas por alcoolismo. É o que revela estudo sobre óbitos por drogas legais ou ilegais, divulgado pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (Sim), do Ministério da Saúde. Adiantou que o consumo de bebidas alcoólicas é o campeão na mortandade. O uso de drogas em geral matou 40.692 pessoas no Brasil entre os anos 2006 e 2010, uma média de oito mil óbitos por ano (CEARÁ..., 2012).

No que se refere ao consumo de álcool, o Centro Brasileiro de Informações Sobre as Drogas (Cebrid) declara que:

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo administrado e até incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelos quais ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais drogas(CEBRID, 2009, p. 13).

Ressalta-se que o uso do álcool é incentivado e reforçado pela indústria e pela mídia, por se tratar de uma droga lícita. O primeiro contato com o álcool se dá, às vezes, por curiosidade, seja pela descoberta do sabor ou de seus efeitos.

Concernentes aos efeitos colaterais gerados no organismo após inalação ou ingestão das mais diversas substâncias, podem-se citar os inalantes ou solventes que são substâncias classificadas como depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC), No entanto, como acontece com o álcool, apresenta efeito bifásico. Há uma estimulação inicial do SNC como

euforia, excitação, com/sem alucinações e, logo em seguida, depressão do SNC, podendo induzir ao coma ou morte, dependendo da quantidade de substância inalada e da tolerância do usuário (CEBRID, 2009).

A Figura 2 mostra os principais solventes ou inalantes, destacando a cola de sapateiro, esmalte, lança-perfume e acetona.

Figura 2 - Principais solventes ou inalantes



Fonte: Cebrid (2003).

Referente ao uso de drogas psicoativas, Tarso (2012) declara que:

O uso de drogas psicoativas pelos humanos é mais antigo que as primeiras civilizações. Inicia-se pela pré-história, onde nossa espécie ainda vagando pelo planeta em pequenos grupos, buscando grandes mamíferos ou vegetais para alimentar. Durante suas andanças esse indivíduo consumiu uma planta escolhida ao acaso e pouco tempo depois começou a ter sensações estranhas, inicialmente um mal-estar e em seguida uma sensação boa, relaxante, melhor que um animal assado ou mesmo o sexo nas cavernas; afinal, ele passou a ter visões, algumas assustadoras, outras que eram puro encanto. O que estava acontecendo era um grande mistério para nosso ancestral, pois ele nunca mais veria o mundo da mesma maneira após essa primeira experiência mística e ele começou a pensar que talvez a vida fosse algo mais que buscar comida e fugir das presas, porém, sua vida nunca seria a mesma” (TARSO, 2012, p. 24)

Esta cena histórica descreve a maneira como provavelmente o homem conheceu as drogas. Antropólogos, arqueólogos e outros estudiosos do assunto admitem que o homem tenha usado plantas alucinógenas para se embriagar ainda no Paleolítico Superior entre 40 mil e 10 mil anos atrás, conforme sugerem algumas pinturas em cavernas da Idade da Pedra, porém, não é possível provar isso com evidências diretas, porque as drogas são feitas de plantas, fungos e outras substâncias orgânicas que não se preservam por tanto tempo.

As únicas pistas que sobraram daquela época são esqueletos e utensílios feitos de ossos, pedra ou barro, mas os especialistas consideram improvável que o homem, vivendo da

caça e da coleta, há cerca de 90 mil anos, não tenha algumas plantas psicoativas que encontrou pelo caminho, além disso, em sítios arqueológicos de 8.000 a.C. Porém evidenciase que as plantas psicoativas já faziam parte da vida do homem nessa época, onde ele usava plantas estimulantes em rituais fúnebres e visionários em cultos religiosos, consumo de bebidas com ópio produzido por meio do cultivo, desenhava flores de lótus alucinógenas em vasos e fabricava cordas e tecidos com fibras de cannabis sativa, comumente conhecida por maconha, que a propósito trata-se de uma espécie de planta multiuso aproveitadas por vários povos antigos.

As fibras do caule eram usadas para fabricar cordas e tecidos; a polpa para fazer papel; as sementes como alimento e as flores e folhas como remédio e psicoativo. O imperador chinês Shen Nung, que viveu ao entorno de 2.800 a.C., escreveu no livro Pen Tsao que, “se o fruto da maconha for tomado em excesso, produzirá alucinações; se for tomado em longo prazo comunica com os espíritos e faz o corpo flutuar”.

A Figura 3 mostra os principais tipos de maconha: THC (Tetraidrocanabinol); Hashishi, Bangh, Ganja, Diamba, Marijuana, Marihiana

Figura 3 - Maconha



Fonte: Cebrid (2003).

A maconha, denominada cientificamente de Cannabis-sativa, já é conhecida há pelo menos 5.000 anos, sendo utilizada quer para fins medicinais . “O tetrahydrocanabiol – THC, é uma substância química fabricada através da maconha, sendo o principal responsável pelos efeitos da planta (CEBRID, 2009).

Até mesmo com finalidade religiosa vamos encontrar a toxicomania, haja vista a colocação da *cannabis* como planta sagrada, quer pelos hindus no ano 1.000 a.C., pois se considerava trazida do oceano pelo Deus Shiva, quer pelos Maomentanos, que a encaravam como corporificação do espírito de um profeta chegando mais

tarde, a ser festejada como verdadeiro Deus, em certas tribos da África Central (BARRETO, 1971, p. 76).

Os prejuízos ocasionados pelo uso crônico da maconha estão relacionados com a bronquite crônica e a diminuição dos níveis de testosterona (consequente diminuição do número de espermatozoides e infertilidade) (CEBRID, 2009).

Os efeitos após uso da maconha são considerados poucos, um deles ocorre nos olhos, gerando a hiperemia das conjuntivas, xerostomia e taquicardia. Os efeitos psíquicos agudos dependerão da qualidade de maconha fumada e da sensibilidade de quem consume.

Figura 4 - Cocaína e pasta de Coca



Fonte: Cebriid (2003).

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta exclusiva da América do Sul, a *Erythroxylon coca*. A cocaína chega ao consumidor sob as formas de pasta ou de um sal (o cloridrato de cocaína), ou como crack, que é pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecido e, portanto, é fumado em cachimbos (CEBRID, 2009).

Os efeitos da cocaína e de seus derivados, como crack e merla, são basicamente os mesmos, ou seja, o aumento das pupilas, afetando a visão, dor no peito, contrações musculares, convulsões e até o coma. Mas é sobre o sistema cardiovascular que os efeitos são mais intensos. A pressão arterial pode elevar-se, além da pessoa apresentar taquicardia. (CEBRID, 2009).

Conforme Tarso (2012), ao surgir as primeiras civilizações, o homem já conhecia e usava as drogas para modificar seus sentidos e seu comportamento:

O Atavaveda, também grafado Altravaveda ou Atrarva Veda, texto sagrado do hinduísmo produzido há cerca de 2.000 a.C., considera a droga uma das cinco plantas sagradas, fonte de alegria e prazer. No último milênio antes de Cristo, o uso psicoativo da planta já era amplamente difundido, onde gregos e romanos

misturavam a planta com vinho e mirra em ocasiões sociais, e celtas queimavam planta dentro de vasos metálicos cheios de pedras em brasa, para inalar a fumaça produzida em pequenas “saunas” improvisadas “Eles uivavam de prazer”, relatava Heródoto. Tudo isso mostra que, quando surgiram as primeiras civilizações, o homem já estava bem familiarizado com uso de drogas para alterar seus sentidos e seu comportamento; na verdade, quando chegou o Neolítico, a humanização não apenas usava drogas, como sabia até fabricá-la (TARSO, 2012, p.24).

O tabaco é uma droga psicotrópica estimulante do SNC. Desde a década de 1960 surgiram os primeiros estudos científicos que relacionaram o cigarro ao adoecimento do fumante (CEBRID, 2009).

Figura 5 - Tabaco



Fonte: Cebrid (2003).

Pesquisas demonstram os efeitos do tabagismo na saúde do fumante, destacando também a sua interferência na saúde das pessoas que não são fumantes, denominados fumantes passivos (CEBRID, 2009).

A literatura também considera os fármacos na categoria das substâncias que podem gerar dependência química e psicológica, principalmente, quando são utilizados sem orientação médica. A Figura 6 mostra os tranquilizantes ou ansiolíticos, destacando os benzodiazepínicos.

As principais drogas dentro dessa classificação são representadas pelos benzodiazepínicos - BDZ, depressoras do SNS. Exemplos: Diazepam, Valium, Lorax, Rohypnol, dentre outros. Mesmo existindo o controle em sua comercialização, apareceram nas pesquisas do Cebrid (2009) dentre as três drogas mais consumidas pelos estudantes.

Figura 6 - Tranquilizantes ou ansiolíticos



Fonte: Cebrid (2003).

As anfetaminas são usadas em clínicas como moderadores de apetite (drogas anoréticas), estimulantes do Sistema Nervoso Central. Exemplos: Hipofagin, Moderax, Inibex, etc., conforme expressa a Figura 7.

Figura 7 - Anfetaminas



Fonte: Cebrid (2003)

Os anfetamínicos são descritos entre as quatro drogas mais utilizadas entre os estudantes pesquisadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2009). Os anfetamínicos são conhecidos como bolinhas e rebites.

Os anticolinérgicos afetam o Sistema Nervoso Central, podendo provocar em doses elevadas alucinações e delírios. A Figura 8 mostra a espécie dos anticolinérgicos

Figura 8 - Anticolinérgicos

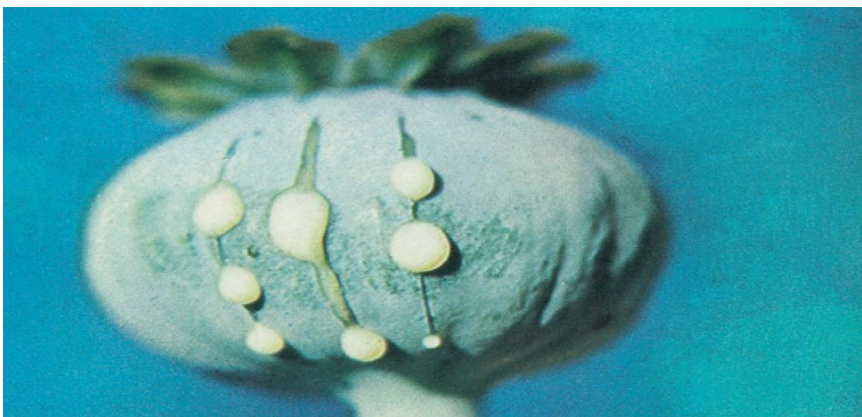


Fonte: Cebrid (2003)

Os anticolinérgicos são usados no tratamento da doença de Parkinson, ou como antiespasmódicos, destacando os medicamentos Akineton, Artane, Bentyl etc. O chá de lírio também possui propriedade anticolinérgica. Das seguintes plantas podem ser extraídas substâncias de utilização farmacêutica para a produção de medicamentos, como os anticolinérgicos: Datura, Lírio, Trombeta, Trombeteira, Cartucho, Saia-Branca, Zabumba (CEBRID, 2009).

À base de codeína, estas substâncias são obtidas do ópio, ou sintetizadas como a meperidina, potentes depressores do Sistema Nervoso Central. Exrmplo: Tixel, Demeril etc.

Figura 9- Ópio e morfina



Fonte: Cebrid (2003).

A substância opiácea utilizada para fins de abuso é a heroína, sendo a morfina um dos analgésicos mais importantes para o homem, entretanto é a que possui maior risco, por ser indutora de dependência. Papoula do Oriente- Opiáceos e Opióides (CEBRID, 2009).

A Figura 10 apresenta substâncias que afetam o SNC, provocando alucinações e delírios, destacam os LSD-25 (ácido), chá de cogumelo e mescalina. Embora estas drogas não provoquem síndrome de abstinência, podem desencadear quadros psicóticos crônicos.

Figura 10- Perturbadores sintéticos



Fonte: Cebrid (2003).

Destarte, observa-se ao longo da história humana que a drogadição tem preocupado médicos, psicólogos, sacerdotes e juristas. A utilização e comercialização dos tóxicos estão enraizados desde a antiguidade nos costumes e hábitos dos povos, entretanto, estiveram sempre localizados, jamais se generalizaram de modo a constituir uma ameaça à eugenia, ou, como hoje, espécie de calamidade pública.

No entanto, Barros (2001) ressalta a importância de pesquisa que visem aprofundar os conhecimentos sobre a contribuição de determinadas “drogas” no campo da saúde humana.

Torna-se primordial que não haja a proibição de pesquisas e o advento de novas drogas, porque constituem, inclusive, esperança para o tratamento de variadas doenças. Grande número de pesquisadores hoje, como bioquímicos, fisiologistas, eletroencefalografias farmacologistas, anatomopatologistas, neurocirurgiões e psiquiatras, trabalham nas ações em conjunto, em vários centros científicos do mundo, com o propósito de aprofundar os seus conhecimentos dos efeitos das drogas recém-descobertas, já estando na posse de dados positivos que permitem prever, num futuro não longínquo, grandes surpresas nestes domínios (BARROS, 2001, p. 33).

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2014, publicado pelo o *United Nations Office on Drugs and Crime* ( UNODC) destaca que

A prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável. Cerca de 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2012. Usuários de drogas problemáticos, por outro lado, somaram por volta de 27 milhões, cerca de 0,6% da população adulta mundial, ou 1 em cada 200 pessoas.

Com base no Relatório, pode-se afirmar que a prevalência do uso de drogas no contexto mundial permanece estável. Essa realidade pode ser fruto de ações no campo educacional, bem como de ações de promoção e prevenção a saúde dos usuários de substâncias químicas como o álcool e outras drogas.

## **4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E CODEPENDÊNCIA: A EXPERIÊNCIA DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

Nesta seção, serão apresentados o processo de dependência química na perspectiva dos atores da pesquisa, a codependência dos familiares e cuidadores do alcoolista ou drogadictos, ressaltando o processo de tratamento para o codependente.

### **4.1 O processo de dependência química na perspectiva dos atores da pesquisa**

O consumo de substâncias psicoativas cresceu a partir da segunda metade do século XX, configurando-se como uma questão de saúde pública. Considerando a complexidade desse fenômeno, a dependência química é um problema que vem recebendo crescente atenção do sistema de saúde e da sociedade.

A abordagem para compreender a dependência química é coerente com o modelo psicossocial de saúde, uma vez que abordar o uso abusivo de substâncias psicoativas e a dependência que pode emergir, implica focar as questões orgânicas e psicológicas envolvidas, como também os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno, além das consequências físicas, psíquicas e sociais da mesma (OCCHINI; TEIXEIRA, 2006). Portanto, o fenômeno da drogadição é complexo e multifatorial

A compreensão desses aspectos é fundamental para se pensar na questão do tratamento e do cuidado, principalmente no que se refere à eficácia dos mesmos, pois o conhecimento produzido sobre o fenômeno da drogadição não pode estar desvinculado do contexto mais amplo no qual são produzidas as representações que sustentam e organizam a vida social, conferindo sentido às ações humanas.

A dependência química é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, às vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia (LEITE, 2000).

A dependência não é o ato de apenas uma ingestão, trata-se de algo mais complexo. Schenker (2003, p. 211) afirma: “A dependência encontra-se classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, o sujeito não se torna dependente de drogas de uma hora para outra; trata-se de um processo lento e gradual”.

A dependência vai além do simples consumo de bebidas alcoólicas, por exemplo, o fato de ingerir bebida alcoólica não torna um sujeito dependente do álcool, porém, sinaliza-se que o uso de drogas ainda que experimental possa vir a causar danos à saúde. Segundo Ferreira, Tanajura e Silva, (2012), o ser humano constrói relações de dependência ao longo de sua existência.

Estudos apontam que faz parte da natureza do homem, uma vez que toda a existência humana está compreendida entre estados de dependência. Durante a vida o ser humano cria relações de dependência com objetos, pessoas e situações. Algumas dessas relações são importantes para o bem-estar, outras causam prejuízos, como a perda de autonomia (FERREIRA; TANAJURA; SILVA, 2012, p. 12).

Considera-se que, quando a pessoa tem comportamento compulsivo, que a leva a consumir substâncias psicotrópicas, como álcool e drogas, para obter prazer ou aliviar tensões, ansiedades, medos e sensações físicas desagradáveis, este é um dependente químico. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser prejudicadas, abandonadas ou reduzidas e o dependente pode afastar-se das atividades familiares a fim de usar a droga. Nem todas as pessoas que experimentam drogas se tornam dependentes, pois existem fatores fortemente associados ao uso abusivo de drogas: fatores genéticos, psicológicos, familiares e sociais e esses fatores não agem de forma individual, mas em conjunto (FERREIRA; TANAJURA; SILVA, 2012, p. 12).

A família pode constituir-se como um espaço de proteção ou facilitação dos comportamentos para o uso de substâncias químicas. A presença de conflitos intrafamiliar e a existência de transtorno emocional prévio formam os fatores correlacionados que interferem na dependência química. A cultura por meio da mídia pode influenciar na construção de valores (FERREIRA; TANAJURA; SILVA, 2012, p. 12).

Nessa direção, observa-se a influência da família, conforme a percepção de Samara:

[...] o pai dele era alcoólatra, o que ele vivenciou quando era criança, ele via a mãe dele apanhando do pai e isso marcou na infância que era tudo que ele tinha assistido na infância, ele não teve uma infância normal, primeiro, com sete anos o pai dele levava ele para um bar [...] meu sogro colocava um copo para ele e outro para o meu marido aos sete anos (Samara).

Com base no relato de Samara, pode-se perceber a influência que os pais e a família exercem na formação humana. Também o contexto de violência interfere nas vivências, podendo gerar sofrimento.

Em sua experiência profissional Kalina (1999) observou que determinadas famílias podem contribuir para que os filhos passem a usar as drogas, sobretudo as famílias que convivem com a experiência de abandono, vivências depressivas e incapacidade para dominar

a ansiedade. Essas famílias negam ou excluem o diálogo a respeito da droga. Dessa forma, reforçando os vínculos centrados na obtenção do consumo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) destaca ainda, que a dependência química deve ser abordada como uma doença crônica e como problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência.

Enfim, a dependência química é considerada pela OMS como uma doença progressiva que apresenta múltiplas causas, com impactos na vida pessoal, profissional e social. Também é uma doença que afeta a família, pois o convívio com o dependente faz com as pessoas que interagem também apresentem problemas emocionais e precisem de acompanhamento.

É primordial que o dependente e/ou familiar compreendam a importância de buscar orientação e apoio profissional. Considera-se codependente, a pessoa que vivencia o processo de adoecimento procedente da relação com o dependente químico:

A dependência química causa um importante impacto nas relações afetivas interpessoais e sociais, levando a um isolamento entre o membro dependente e seus familiares e vice-versa. As consequências geradas pela existência de um membro dependente dificultam o engajamento da família no processo terapêutico e o modo de lidar com os sentimentos emergentes durante o tratamento (RIGOTTO; GOMES, 2002, p.105).

Ao refletir sobre o conceito de dependência química, observa-se que a mesma influencia as relações afetivas, concorrendo para gerar um isolamento entre a pessoa e seus familiares.

Conforme a OMS, saúde corresponde a um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de moléstia ou doenças. Esse conceito, apesar de ser um abrangente, torna-se, segundo alguns críticos, utópico e inatingível.

No entanto, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8080/90, preconiza em seu art. 3º, que os níveis de saúde revelam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como condicionantes e determinantes, entre outros, “ a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, conforme redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013(BRASIL,2013).

Com base na LOS, pode-se afirmar que a saúde é um conceito amplo, sendo necessárias mudanças na política de saúde e nas condições sociais e econômicas do país,

visando primordialmente garantir o atendimento das necessidades humanas. Portanto, o conceito ampliado de saúde implica compreender as múltiplas interfases entre a política de saúde, e as políticas intersetoriais.

A dependência química trata-se de um processo que ocorre de várias formas, às vezes, inicia-se com o consumo de substância química como o álcool, denominada, pelo senso comum, de “porta de entrada” para o uso de outras drogas, podendo também ser influenciada pelas relações sociais como um ritual de aceitação em um determinado grupo, o qual impõe regras de permanência.

Na perspectiva dos familiares, a dimensão das relações com os amigos foram os principais fatores que influenciaram o consumo de drogas: “o fator que levou meu irmão a usar drogas foi as amigas (Laura). As más companhias, as amigas (Maria)”.

Ao refletir sobre referidos relatos dos familiares codependentes, pode-se observar que as relações afetivas, sobretudo com os amigos foram apontados como a principal causa que pode ter contribuído para o início do uso de substância química.

Essa realidade é identificada nos estudos realizados por Martino, Ellickson e McCaffrey ( 2009 apud MARTINO; ELLICKSON; MCCAFFREY,2014), os quais afirmam que “ os amigos parecem exercer grande influência no início e na progressão do uso de álcool, de tabaco e de maconha entre adolescentes”.

De acordo com a literatura, os adolescentes são mais suscetíveis à opinião e à avaliação dos amigos (HEAVYRUNNER-RIOUX; HOLLIST, 2010 apud MARTINO; ELLICKSON; MCCAFFREY, 2014). A aceitação dos amigos é um fator que influencia o modo como o adolescente age, o que aumenta o risco do uso de substâncias psicoativas.

Com base no relato de um dos sujeitos da pesquisa, o consumo do álcool ou de outras drogas pode ter sido influenciado pelos próprios membros da família.

Eu creio que o que mais influenciou foi em primeiro lugar o próprio irmão que ele tinha um vínculo muito grande, eles eram gêmeos, por um usar, ele fez tipo assim, de tudo para que o irmão também começasse a usar [...] (Barbara).

Considerando a fala de uma das codependentes, observa-se que um dos membros da família que tinha relações afetivas contribuiu para influenciar o início do consumo de substâncias químicas, como o álcool.

Ao buscar compreender o início precoce do uso e consumo de drogas lícitas, pesquisas demonstram como influências determinantes da experimentação a pressão dos amigos e o ambiente familiar (BAUS; KUPEK; PIRES, 2002) .

Ao analisar o domínio familiar e a sua influência na utilização de substâncias psicoativas pelos adolescentes, Schenker e Minayo ( 2005 apud MORENO; VENTURA; BRÊTA, 2009 ) salientam como fatores de proteção contra o uso de drogas a construção de fortes vínculos entre pais e filhos, a criação de regras e a imposição de limites claros e coerentes, além do apoio aos jovens nas suas decisões e atitudes, adotando o diálogo como prática. No entanto, os autores sinalizam que o ambiente familiar pode também influenciar o jovem a experimentar as drogas utilizadas pelos pais e parentes próximos.

#### **4.2 A codependência dos familiares e cuidadores dos alcoolistas ou drogadictos**

Depara-se com várias definições sobre a codependência; embora a literatura sobre o tema seja escassa, observa-se um consenso ao determinar a origem do termo codependência, apontando que esse surgiu a partir do trabalho realizado pelos Alcoólicos Anônimos (AA), no qual se verificou que a recuperação deveria envolver também a família, uma vez que as pessoas ao redor do dependente químico são também afetadas. Na percepção de Beattie (2013), a codependência relaciona-se com a dimensão emocional e comportamental:

Codependência como condição emocional, psicológica e comportamental que se desenvolve como resultado da exposição prolongada de um indivíduo a prática de um conjunto de regras opressivas que evitam a manifestação aberta de sentimentos e a discussão direta de problemas pessoais e interpessoais (SUBBY, 1984 apud BEATTIE, 2013, p. 45).

Ao refletir sobre o pensamento da autora, afirma-se que a codependência está presente em uma relação na qual a pessoa deixa de expressar seus sentimentos.

Samara evidencia a relação de codependência, relatando sua experiência, na qual procurava “amenizar a dor” do usuário, assumindo essa problemática. No entanto, reconhece que estava transferindo para si “responsabilidade para amenizar a dele”.

[...] Por que assim muitas das coisas, se eu tivesse recuado, não teria acontecido, pois para tudo, eu tinha uma solução. Amenizava a dor dele e trazia ela para mim. Eu estava doente, muito doente; eu era uma codependente extremamente doente, porque eu ia nos dez cantos do mundo atrás de internar [...] Eu estava aumentando a minha carga de responsabilidade para amenizar a dele (Samara).

Sobre o relato de Samara, percebe que há um sofrimento expresso em atitudes de buscar cuidar do dependente; no entanto, a mesma reconhece que sua codependência demonstra que a mesma encontra-se doente. Diante dessa realidade, afirma-se a necessidade também de acompanhamento terapêutico e social.

Conforme Giddens (1992, p.101), o codependente revela-se como “uma pessoa que, para manter uma sensação de segurança ontológica, requer outro indivíduo, ou um conjunto

de indivíduos, para definir as suas carências; ela ou ele não pode sentir autoconfiança sem estar dedicado às necessidades dos outros.”

Dessa forma, o autor compreende a codependência como a qualidade da interação de um relacionamento, podendo estar associado a um tipo de personalidade. Essa realidade é percebida no relato de Maria, a qual se considera “ refém” do dependente químico, como ela mesma destaca “ eu vivo em função dele”.

Ao refletir sobre a fala de Maria, percebe a relação de codependência, a qual gera sofrimento e um viver restrito ao dependente.

[...] Eu acho que é a gente ficar refém desta situação, refém deste mal que assola, desta coisa que meu filho tem; eu sou um refém dele; eu vivo em função dele, eu deixo de sair, de ir para minhas irmãs. Eu deixo de ir pra minha filha por causa dele. A gente fica refém (Maria).

O relato de Maria mostra que a mesma centra suas atitudes em torno do seu filho, usuário de substância química, salientando que não tem vida social.

Conforme Vicente Parizi (ÉPOCA, 2003), o codependente é uma pessoa que desenvolve relações conflituosas, no qual busca estabelecer uma relação de poder e controle sobre o outro, demonstrando a dimensão patológica. Dessa forma, o codependente intenciona mudar o comportamento do outro. Essa realidade é percebida no relato de Samara, a qual manifestava uma relação de apoio; no entanto, pretendia mudar o comportamento de seu familiar que apresentava dependência química.

[...] Eu me culpo muitas vezes, se eu tivesse dado as costas, pelo fato de amar e não entender do problema, eu não entendia. Eu achava que estava fazendo o bem. Por amar ele demais (Samara).

Outro aspecto observado refere-se ao sentimento de culpa que o codependente vivencia, principalmente por não compreender a complexidade da drogadição, a qual é considerada um problema de saúde pública.

A fala de Bárbara revela também que o codependente vivencia a culpa como um fator presente na relação, ressaltando que essa realidade ocorria quando o usuário estava em tratamento.

Não me sentia culpada pela dependência dele, mas quando ele estava em tratamento se eu fizesse alguma coisa que fosse do desagrado dele e ele chegasse a usar drogas, eu achava que a culpa era minha. vixe ele foi usar a droga hoje, porque ontem eu disse alguma coisa que ele não gostou. [...] (Bárbara).

Ao pensar sobre o relato de Bárbara, identifica-se que no primeiro momento o sentimento de culpa pela dependência química não está presente; no entanto, quando o usuário vivenciava alguma situação que o afetava no âmbito familiar e este contexto o

impulsionava ao uso da droga, o codependente assumia a culpa pela recaída. Essa realidade evidencia que a família necessita também de acompanhamento psicossocial.

Observa-se na relação de codependência a expectativa de que a maneira de agir pode apoiar o dependente químico; no entanto, a atitude pode contribuir como um reforço negativo do comportamento do dependente.

Constata-se que os codependentes passam a assumir uma responsabilidade que não é sua, transferindo para si os problemas do outro, cuja atitude influencia a dimensão pessoal e familiar, uma vez que o dependente passa a ser o foco de sua vida, destacando que ao ceder as solicitações está reforçando o uso de álcool e outras drogas.

Nesse contexto, é de suma importância a atuação interdisciplinar, no qual o codependente pode ser contemplado com o apoio psicológico, médico e social, visando proporcionar suporte e capacitá-lo para agir com autonomia no processo de orientar o familiar neste momento de vivência com a drogadição.

Beattie (2003) afirma que a aceitação e o enfrentamento da realidade são primordiais no processo de recuperação dos codependentes. Logo, deve-se refletir sobre as estratégias de enfrentamento da dependência e da codependência, buscando compreender esse fenômeno em suas múltiplas facetas, inseridas na dimensão social e cultural.

### **4.3 Processo de tratamento para o codependente**

Giddens (1992) argumenta que a primeira injunção dos programas terapêuticos refere-se a dimensão reflexiva, principalmente, ao reconhecer que a pessoa tem um problema, necessitando fazer algo para mudar essa realidade. Portanto a decisão de agir envolve o apoio de pessoas externas ao próprio relacionamento, uma vez que dessa forma poderá superar a distância inicial.

Com base no relato de uma das entrevistadas, observa-se que a família procurou ajuda terapêutica, quando o dependente químico tomou a iniciativa de solicitar apoio. Nesse momento, as pessoas que tinham a relação de codependência agiram de forma a encaminhar o usuário de álcool para o processo de reabilitação em uma clínica especializada.

[...]A gente procurou a ajuda de instituições que trabalhem com o usuário de drogas, pois elas são muito importantes na recuperação deles e o mais importante é que ele tem que querer, porque no caso do meu irmão, ele queria. O sofrimento dele era grande; que ele quis essa ajuda, ele pedia como se fosse um socorro; ele queria sair, mas não conseguia; então foi aí que tipo quando ele pediu muito, a minha mãe viu que ele precisava realmente dessa ajuda (Laura).

Com base no relato de Laura, observa-se que a família é importante neste processo de aceitação da realidade vivenciada e nas ações a serem concretizadas para efetivar o tratamento junto a clínica especializada.

O codependente em diversas situações não se reconhece como necessitando de apoio, não identifica as vulnerabilidades sociais os quais estão sujeitos. O tratamento da codependência começa pelo reconhecimento e aceitação, assim como os dependentes que precisam ser acompanhados e tratados.

Conforme o relato de Samara, seu familiar passou a perceber que a dependência química do álcool e de outras drogas constitui um problema que ele mesmo deve superar.

Agora ele está enxergando que o problema é dele. Antes ele não conseguia enxergar que o problema estava nele[...]. (Samara).

Ao analisar a fala de Samara, percebe-se a importância do dependente químico compreender a questão da drogadição como um problema social e de saúde, o qual necessita de atendimento psicossocial. No entanto, a atitude deve emergir do próprio dependente, o qual deve alcançar um nível de consciência da necessidade de terapia.

Concernente a fala de Laura, observa-se que a relação do familiar com o usuário revela as fragilidades nesse contexto de drogadição, principalmente pela falta de confiança.

Nunca mais temos a confiança, de que ele não mais irá fazer uso de drogas. Portanto, “trata-se de um eterno doente” (Laura).

Na percepção da família, o dependente químico necessita de apoio psicossocial, uma vez que é considerado doente.

A fala de Bárbara mostra que a drogadição gera dependência física e psicológica, sobretudo pela relação estabelecida entre o usuário e a droga, a qual impulsiona o usuário a buscar o consumo de forma intensa. “No meu entendimento ele preferia morrer do que largar a droga”.

Portanto, na concepção de Bárbara, o familiar não dimensiona a influencia da droga em sua vida, a qual gera problemas de saúde mental, podendo redundar também em sua finitude.

Conforme afirma Beattie (2003), é de suma importância que o codependente compreenda que cada ser humano deve ser responsável pelas suas atitudes:

Primeiramente, o codependente precisa assumir que cada um é responsável por si mesmo, e que não se pode resolver problemas alheios, ou preocupar-se com eles. Adota-se uma política de afastar-se das responsabilidades de outras pessoas e cuidar das próprias. É importante entender que, agindo dessa forma, permite-se que as outras pessoas enfrentem as consequências de seus problemas e que tenham a liberdade de serem responsáveis e crescerem. Assim sendo, o

codependente assume a mesma liberdade. O desligamento envolve permitir viver no agora e aceitar a realidade, abandonando os arrependimentos do passado e os medos do futuro.

Sobre o pensamento da autora, constata-se que o codependente deve passar pelo processo de desligamento, o qual deve buscar viver a realidade presente, e repensar suas atitudes em relação ao dependente químico.

Giddens (1992) argumenta que a primeira injunção dos programas terapêuticos é uma injunção reflexiva: reconhece-se que a pessoa tem um problema e começa-se a fazer algo a respeito. A decisão de agir envolve, em geral, a ajuda de pessoas externas ao próprio relacionamento, pois este é um modo fundamental de se vencer a distância inicial, e também de apoio.

O autor menciona que o processo de recuperação aparece quando o indivíduo para de centralizar suas conversas naquilo que o outro diz, pensa ou faz. Destaca-se que o reconhecimento do outro como um ser independente é essencial para a terapêutica e a construção de novos projetos.

No atendimento ao codependente existem os grupos terapêuticos. A princípio sempre houve a necessidade de tratar um problema de saúde mental que acompanha todo o processo de dependência, que é identificado na família e em pessoas que se relacionam afetivamente com o dependente: a codependência (CARVALHO; NEGREIROS, 2011). O processo de tratamento do codependente é realizado pelos grupos de apoio denominados Co-dependentes Anônimos – CODA (2004).

Pessoas que apresentam codependência podem vivenciar o processo terapêutico realizado com o psicológico, cuja dinâmica “centra-se na dificuldade do indivíduo que sofre com as suas mudanças emocionais e comportamentais na tentativa de melhoria na relação com o outro. Há quem se mantenha na codependência a vida toda para não ter que passar pelo angustiante processo de separação” (CARVALHO; NEGREIROS, 2011, p. 142).

## 5 AS RELAÇÕES FAMILIARES DOS CODEPENDENTES

Considerando o contexto histórico, a família era constituída pelo núcleo familiar: pai, mãe e filhos, os quais eram considerados frutos dos laços biológicos dos primeiros. No entanto, a família passou por mudanças ao longo da construção humana, no qual, observa-se nos primórdios que as funções eram definidas: o pai mantinha o sustento da casa, sendo o provedor e a mãe era responsável pelos afazeres domésticos e a criação dos filhos. Bruschini (2000, p. 50) mostra uma tendência a naturalização da família.

A tendência a naturalização da família, tanto no nível do senso comum, quanto a própria reflexão científica, que leva a identificação do grupo conjugal como forma básica e elementar de toda família e à percepção do parentesco e da divisão de papéis como fenômenos naturais, criou, durante muito tempo, obstáculos de difícil transposição para sua análise.

Com base nas autoras, afirma-se que a família estava vinculada a uma estrutura elementar, formada pelo parentesco e pela divisão de papéis como fenômenos naturais. Esta realidade apresentou entraves para a superação dessa compreensão nuclear.

Considerando o pensamento das autoras, pode-se observar que a família apresenta configurações diversas, destacando que a família era percebida como “uma unidade de produção”.

[...] a família, tal como a conhecemos atualmente em nossa sociedade não é uma instituição natural e assume configurações diversificadas em torno de uma atividade de base biológica, a reprodução. Com isso, podemos constatar que a família foi criada pelo homem para atender seus interesses. [...] a princípio essa divisão de tarefas, que vemos, não existia. [...] adultos e crianças trabalhavam juntos nos chãos de fábrica para aumentar a renda desta unidade familiar, ou seja, tratava-se de “uma unidade de produção” (AZEVEDO; GUERRA, 2000, p. 51).

Ao refletir sobre as ideias de Azevedo e Guerra(2000), percebe-se que a família não é uma instituição natural, revelando-se na sociedade contemporânea com novos arranjos.

Na perspectiva de Ariès (1979), a família revela qualidades emocionais em suas relações, enfocando a teoria psicológica da família.

Trouxe consigo um novo conjunto de atitudes em relação às crianças. Ao descrever as formas de intimidade entre pais e filhos – e principalmente a supervalorização do amor materno – na família emergente, ele indica que a família deve se preocupar não apenas com as dimensões dessa instituição, mas também com as qualidades emocionais das relações familiares, remetendo nesse sentido para uma teoria psicológica da família (ARIÈS, 1979, p. 102).

Conforme Ariès (1979), a família, ao longo da história, demonstrou relações afetivas entre seus membros, sobretudo pais e filhos, destacando a valorização do amor materno. Portanto, nessa perspectiva, a família passa a ser este núcleo de afeto e de proteção.

O tipo de família dominante nas sociedades entre os séculos XVIII – XIX, foi a família patriarcal. Como afirma Prado (1981): As mulheres subordinavam-se aos homens, assim como jovens, aos mais idosos; o homem mais velho era, portanto, o personagem que detinha as mais altas dignidades (status).

Segundo Lefaucher (apud VITALE, 2002), a expressão famílias monoparentais abrange as unidades domésticas em que as pessoas vivem sem cônjuge, com um ou vários filhos com menos de 25 anos e solteiros. No Brasil, este modelo de família é reconhecida como unidade familiar, na promulgação da Constituição Federal de 1988 em seu artigo 226, inciso 4º: “Entende-se também como entidade familiar a comunidade formada por quaisquer dos pais e seus descendentes”.

Conforme Sarti (2010, p. 25), a família contemporânea apresenta novos arranjos, sobretudo pela amplitude de modelos, denominado pelo autor de “enorme elasticidade”.

Embora a família continue sendo objeto de profundas idealizações, a realidade das mudanças em curso abala de tal maneira o modelo idealizado que se torna difícil sustentar a ideia de um modelo “adequado”. Não se sabe mais, de antemão, o que é adequado ou inadequado relativamente à família. [...] Enfim, a família contemporânea comporta uma enorme elasticidade.

Analisando o pensamento de Sarti (2010), afirma-se que a família vivencia mudanças em sua dinâmica, no qual se indaga acerca do modelo “adequado”, uma vez que a família atual reveste-se de novas configurações. Sob essa perspectiva, Losacco (2010, p. 64) declara que:

Vemos hoje a configuração familiar modificar-se profundamente. Muito embora os meios de divulgação e mesmo alguns profissionais da área da infância e da juventude enfatizem que a instituição família encontra-se em processo de desestruturação, de desagregação ou de crise, temos que ter claro que, mesmo aquelas que apresentam problemas, ela é ainda um “porto seguro” para os jovens e crianças. Partindo do pressuposto que a família é uma instituição social.

Na visão de Losacco (2010), a família é percebida como uma instituição social, a qual proporciona apoio a seus membros, sobretudo os infanto-juvenis.

Nesse contexto, percebe-se que a família passa por mudanças no contexto da sociedade capitalista, haja vista que a família contemporânea convive com várias expressões da questão social, como a violência, o desemprego, a pobreza, as drogas, dentre outros.

No mundo contemporâneo, observam-se as novas configurações familiares, destacando as famílias que tem a mulher, como a principal cuidadora dos filhos, exercendo dupla jornada de trabalho. As famílias que tem o homem, como cuidador e principal provedor dos filhos; as famílias formadas pelas avós que cuidam e provem as necessidades materiais

dos netos; enfim temos novos arranjos, como as famílias homoafetivas, as quais adotam os filhos, tornam-se juridicamente constituídas.

Na perspectiva de Kalina (1999, p. 30), “a família é, antes de mais nada, um conjunto de imagens entrelaçadas que cada um tem do outro dentro de si”, (KALINA, 1999, p.30). Esse conceito expressa que a família pode constituir-se como uma representação, no qual são tecidas relações afetivas e de confiança.

Segundo Kalina (1999), a família tradicional, como grupo social, significa o encontro afetivo e produtivo de pessoas, que convivem sob o mesmo ambiente, desempenhando diversas atividades, no qual cada sujeito assume seu papel, o qual representa a extensão de sua responsabilidade, suas funções e deveres para com o grupo.

Conforme o relato de Maria observa-se o vínculo entre os membros da família, no qual a mãe, na qualidade de codependente, não consegue estabelecer os limites necessários para que o filho possa assumir seus atos.

[...] A gente também não consegue abandonar porque é filho. Eu não consigo botar pra fora de casa,[...] então, eu não consigo fazer isso (Maria).

Em seu relato, Maria expressa a relação afetiva entre a mãe e o filho, o qual ultrapassa os limites humanos para proporcionar apoio ao filho, mesmo que este apresente conflitos provenientes do uso de substâncias químicas.

Convém ressaltar que as redes sociais familiares se demonstram um apoio para o cuidado dos filhos e para as atividades domésticas nos momentos em que a mulher está desempenhando atividades produtivas no mercado. No entanto, observa-se que estas redes sociais familiares são femininas, composta da filha mais velha, avó, irmã, mãe, etc e se caracterizam por ser uma forma de socialização e compartilhamento de responsabilidades (PERUCCHI; BEIRÃO, 2007, p.62).

O relato de Laura revela que a família constitui esta rede social, a qual compartilham responsabilidades no contexto vivido pela dependência química. Portanto, em sua percepção, a família deve apoiar em todos os momentos.

[...]Família é pra isso, para apoiar e não só abandonar, família é fundamental. (Laura).

Laura complementa a importância da família no processo de orientar e encaminhar o dependente químico para tratamento. Diante da realidade da drogadição, a mãe toma a atitude de internar o filho, sendo necessária uma mudança em toda a dinâmica da família.

[...]Quando minha mãe tomou uma atitude, ela já estava muito preocupada; ela resolveu trazer ele juntamente com toda a família para Fortaleza e interná-lo. Mudamos toda a nossa vida, de toda a família. Nós não poderíamos voltar mais, porque se ele voltasse, ele ia voltar para as mesmas amizades e voltando ele teria uma recaída e não sairia mais das drogas. As amizades estavam levando ele para as drogas (Laura).

Ao analisar o relato de Laura, observa-se que há uma relação de codependência, no qual a família reorganiza sua dinâmica para proteger o familiar, usuário de drogas, visando primordialmente encaminhá-lo para o processo terapêutico. Na percepção da família, o dependente teria uma “recaída” se permanecesse no mesmo território, com os vínculos de amizade.

Consoante Moreira (2004), os membros da família são os primeiros a serem influenciados quando um dos integrantes passa a fazer uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, podendo afetar a saúde de todos os envolvidos e fragilizar a relação dos mesmos. Essa realidade contribui para aumentar o grau de codependência.

De acordo com Beattie (2001), a família encontra-se em situação de codependência, por isso devem-se identificar as características dessa situação, buscando sua própria recuperação ou seu processo de cura.

Afirma-se, portanto, que o uso de álcool e outras drogas pode afetar o ser humano em sua totalidade, englobando a dimensão biopsicossociais, além de influencia a vida dos usuários e de sua família. Nesse contexto, deve-se implementar políticas que visem fortalecer a rede de atenção psicossocial, atuando no âmbito da educação em saúde.

Considerando a presença da mulher nesse processo de cuidado e de codependência, torna-se necessário refletir sobre a categoria gênero. Portanto, reconhece que, com surgimento dos movimentos feministas, o(a)s estudioso(a)s sobre questões das mulheres deram novos significados à palavra Gênero. Conforme Amaral (2012, p.20), o gênero delinea as representações sobre o masculino e o feminino como construídos de forma histórica:

[...] categoria de análise. Gênero reflete o sexo como relacional e possibilita a contestação da superioridade masculina, uma vez que demarca as representações sobre o masculino e o feminino como significados construídos historicamente no contexto das relações sociais. As formas de viver e pensar o masculino e o feminino

Conforme Lyra (2010, p, 86), a categoria de gênero apresenta diversas dimensões, destacando o aspecto cultural e social:

[...] em diferentes dimensões: a dimensão cultural, quando nos referimos aos símbolos disponíveis nos diversos discursos de um povo [...] afirmando as características e hierarquizando os valores em certas imagens masculinas e femininas; a dimensão social das instituições que regulam, (re)produzem e atualizam os significados desses símbolos tais como: família, religiões [...] a dimensão da identidade subjetiva, das identidades de gênero atualizadas por homens e mulheres,

de como ambos tomam para si os conteúdos das imagens simbólicas de discurso cultural e institucional.

Ao analisar o pensamento da autora, pode-se afirmar que a categoria gênero relaciona-se com a dimensão também da construção da identidade subjetiva, destacando que as instituições regulam e reproduzem os significados dos símbolos, tais como a família e as religiões.

De acordo com Scott (apud LYRA,2010) o gênero se constrói numa multiplicidade de instituições, e não apenas na família ou nas relações de parentesco: “ele é construído igualmente na economia e na organização política [...] operam atualmente[...] independente do parentesco”.

Ao refletir sobre os autores que abordam a categoria gênero, pode-se afirmar que na codependência a relação de gênero está presente, principalmente, na cultura brasileira, na qual a mulher ocupa diversos “papéis”, como mãe, trabalhadora, cuidadora dos filhos, esposa, dentre outras.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura, observa-se que cresce o uso de álcool e outras drogas entre os jovens, adultos e pais de famílias. Nesse contexto, amplia-se a relação de codependência.

Ao reconhecer a relação de codependência, o familiar e/ou cuidador percebe a importância de busca orientação e apoio com equipe multiprofissional, visando primordial a abordagem psicossocial para compreender a questão da drogadição.

Dessa forma, ressalta-se a relevância de buscar atendimento terapêutico para o usuário e seu familiar, o qual se encontra como codependente.

A pesquisa revelou a necessidade de apoio psicológico e social para os dependentes químicos e seus familiares, codependentes, cuja abordagem deve ser realizada pela equipe multidisciplinar.

Com base relatos, constatou-se ainda que a drogadição afeta a dinâmica das famílias, as quais, às vezes, reorganizam suas vidas em função do dependente químico, procedendo mudanças de cidades, longe do convívio social, gerando, dessa forma, rupturas culturais, de laços afetivos e até de histórias sociais. Essa realidade é impulsionada pela busca de tratamento em clínicas especializadas ou em outros espaços terapêuticos.

A pesquisa revelou que os familiares geralmente não reconhecem as múltiplas facetas do fenômeno da drogadição, a qual tem muitos desdobramentos para o dependente, o qual necessita de acompanhamento psicossocial, bem como o codependente, o qual deve buscar psicoterapia e orientação social.

Portanto, nesse contexto, o codependente não manifesta a compreensão do quão frágil está a relação de convívio, não reconhecendo o processo de adoecimento em que são inseridos. Dessa forma, manifesta a negação dessa realidade vivida.

Verificam-se também momentos de tensão e de conflitos no âmbito das famílias que vivenciam a drogadição e a codependência, cuja realidade afeta a vida pessoal, profissional e social dos mesmos.

Nesse contexto, urge que sejam implementadas ações que visem minimizar o impacto da drogadição no contexto da vida dos usuários e de seus familiares. Essas ações devem compreender a dimensão socioeducativa e de promoção à saúde, aplicando ferramentas capazes de motivar as pessoas dependentes do uso do álcool e outras drogas, estimulando a buscarem novos horizontes.

Dessa forma, deve-se refletir sobre a realidade social dos dependentes químicos e de seus familiares que manifestam relações de codependência, procurando resignificar suas vidas

por meio da arte, da cultura, como também buscar o fortalecimento de vínculos com a rede social e familiar.

Posto isto, reafirma-se a importância da rede de atenção psicossocial como ferramenta para garantir os direitos das pessoas em sofrimento mental, sobretudo das pessoas em uso indevido de álcool e outras drogas.

Portanto, compete ao Estado implementar políticas públicas que atendam aos indivíduos e coletivos que vivenciam essa realidade da drogadição no âmbito de sua família. Ressalta que as ações devem ser pensadas na perspectiva da intersetorialidade e na atuação em equipe multiprofissional.

Salienta-se que o assistente social deve atuar no campo da saúde mental relacionada com a dependência química do álcool e outras drogas, buscando ampliar a garantia dos direitos sociais, políticos e culturais das pessoas que vivenciam essa realidade em suas vidas.

Portanto, considerando que o assistente social atua nas múltiplas expressões da questão social, é de suma importância que o profissional identifique as demandas apresentadas pelos usuários e pelos codependentes, buscando desenvolver ações para efetivar os direitos, com base nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa, as quais devem nortear a atuação profissional de forma dinâmica e comprometida com a emancipação humana.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar 1979.

ARAÚJO, Maurício. Comunidades oferecem 80% das vagas e querem ajuda do Estado. Em discussão! **Revista de audiências públicas do Senado Federal**, ano 2, n.º 8, 2011.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. **Infância e violência doméstica**. São Paulo: USP; Lacer. 2001.

BARRETO, J.D.L.M. **O Desafio das drogas e o direito**. Rio de Janeiro: Renes, 1971.

BEATTIE, Melody. **Para além da codependência**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

\_\_\_\_\_, Melody. **Codependência nunca mais**. Rio de Janeiro: Record, 2013.

BRASIL, **Prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável**. Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC. 2014.

\_\_\_\_\_. **Drogas e Álcool: Prevenção e Tratamento**. Campinas: komedi. 2001.

\_\_\_\_\_. **Fortaleza é a 2ª Capital do Brasil em consumo de crack**. 2011.

\_\_\_\_\_. **Ceará é segundo Estado em mortes por consumo de álcool**. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas** / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BAUS, J.; KUPEK, E., PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Rev Saude Pública**, 2002; v.36, p.40-6.

BRUSCHINI, Cristina. Teoria Crítica da Família. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de A.(Org.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CARVALHO, L.S.; NEGREIROS, F. A co-dependência na perspectiva de quem sofre. **Boletim de Psicologia**, 2011, Vol. LXI, nº 135, p. 139-148.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, André. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 31, n.1, p. 65-73, janeiro – março, 2014.

CEBRID é o **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**, que funciona no Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). <http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em: 10 abril 2015.

CEARÁ é o segundo Estado em mortes por consumo de álcool. **O Jornal O Povo on line**, Fortaleza, 6 de fevereiro de 2012. Disponível em: [ww.opovo.com.br/app/opovo/brasil/2012/02/06/noticiasjornalbrasil,2779191/ceara-e-segundo-estado-em-mortes-por-consumo-de-alcool.shtml](http://ww.opovo.com.br/app/opovo/brasil/2012/02/06/noticiasjornalbrasil,2779191/ceara-e-segundo-estado-em-mortes-por-consumo-de-alcool.shtml). Acesso em: 10 abril 2015.

DEMO, Pedro. **Introdução à Metodologia da Ciência**. São Paulo: Atlas, 1985.

FERREIRA, M. A. de Souza; TANAJURA, A. L. G.; SILVA, M. A. V. **Co-dependência: uma questão de gênero?** Monografia (Especialização em Terapia Sistêmica de Casal e Família). CEFAC – Centro de Estudos da Família e do Casal, 2012.

FERREIRA, Beatriz Silva. **Só por hoje, Amor Exigente**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. – São Paulo: Atlas 1994.

\_\_\_\_\_. Antônio Carlos, **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. S. Paulo Atlas 2010.

GIDDENS, Anthony. **A Transformação da Intimidade**. São Paulo: UNESP. 1992.

HAGUETTE, Teresa Maria. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

KALINA, Eduardo. **Drogas: terapia famílias e outros temas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1991.

\_\_\_\_\_. **Drogadição II**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1988.

\_\_\_\_\_. **Aos pais de adolescentes: Viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1999.

\_\_\_\_\_. **Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LARANJEIRAS, R.; OLIVEIRA, R. A.; NOBRE, M. R. C.; BERDARDO, W. M.; **Usuários de Substâncias Psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª Ed. São Paulo:

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003. 120 p.

**I LEVANTAMENTO Nacional sobre os padrões de consumo de álcool** na população brasileira / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira et al.; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

**LENAD. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** Ronaldo Laranjeira (Supervisão) et al., São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

**LEITE, M. C. Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas.** Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas. 2000.

**LOSACCO, S. O Jovem e o Contexto Familiar.** In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 63-76.

**LYRA, Jorge. Homens e cuidado: uma outra família?.** In: ACOSTA, Ana Rojas, VITALE, Maria Amália Faller, (Organizadoras). **Família: redes, laços e políticas públicas.** 5. ed. São Paulo: Cortez, Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PUC/SP, 2010. Cap.1, p. 79-91.

**LUANA, Silveira de Farias. A Natureza das relações de Codependentes sob o enfoque biopsicossocial.** Brasília,2003.

**MORENO; R.S. ; VENTURA, R.N.; BRÊTA, J.R. S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes.** **Rev Paul Pediatr**, 2009; v.27, n.4, p.354-60

**MARCHI, W. R. A.; SILVA, T.N. As drogas e o dever do Estado de amparar o codependente, à luz da Constituição Federal.** 2013

**MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social.** Petrópolis. Rio de Janeiro, Vozes 2012.

**MOREIRA, M. S. S. A. Dependência familiar.** Grupos Familiares Nar-Anor do Brasil.

**D'ALAMA Luna. Brasil é o 2º consumidor mundial de cocaína e derivados.** São Paulo. 2014.

**OCCHINI, M.; TEIXEIRA, M. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra.** **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.11, p.229-236, 2006.

OLIVEIRA, A.P. Co-dependência é um distúrbio mais frequente do que se imagina. **Folha de São Paulo Online**. São Paulo, 12 de agosto de 2004. Recuperado em 27 de junho, 2009. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3696.shtml>. Acesso em: 1 mar 2015.

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

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

PRADO, Danda. **O que é família**. 1 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

RIGOTTO, S.D.; GOMES, W.B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v.18, n.1, p.95-106. 2002.

SARTI, Cynthia Anderson. A Família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 7 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SARTI, Cyntia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, maio/agosto de 2004. p. 34-50

SCHENKER, Miriam. Drogas, indivíduo, família e sociedade: paradigma sistêmico. In INEM, Clara; BAPTISTA, Marcos (Orgs.). **Toxicomanias: abordagem clínica**. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ, 1997. livro 1.

\_\_\_\_\_.; MINAYO, M.C. Risk and protective factors and drug use among adolescence. **Cienc Saude Coletiva**, 2005; v.10, p.707-17.

TARSO, A. **Almanaque das Drogas: Um guia informal para o debate racional**. São Paulo: Editora Leyla Brasil, 2012.

UNODC. **O Relatório Mundial sobre Drogas de 2014**, publicado pelo o United Nations Office on Drugs and Crime ( UNODC). Disponível em: <http://www.unodc.org>. Acesso em: 8 abril 2015.

VITALE, Maria Amália Faller. Famílias monoparentais: indagações. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. ano XXIII, n.71, p. 45-62 set. 2002: Cortez Editora.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Reco

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Nome:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Trabalha:

- 1.Quando descobriu que seu filho, marido ou parente estava usando drogas?
- 2.Em sua opinião quais os fatores que levaram ao uso da droga?
- 3.Como era a relação familiar e social antes do uso das drogas?
- 4.Como está sendo a relação familiar durante o tratamento?
- 5.Qual a importância da família no tratamento?
- 6.Como você se sente em relação ao problema da dependência do seu filho?
- 7.Você sabe o que é codependência?
- 8.Você se considera uma codependente?
- 9.Você sabe da importância do tratamento para a codependência?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa, que tem o objetivo de realizar pesquisa por meio de entrevista, para monografia “as relações familiares de codependência de álcool e outras drogas” para conclusão do curso de bacharelado em Serviço Social.

Dessa forma, solicitamos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto que poderá ser gravado se o Sr. concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno no decorrer das entrevistas. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o Sr. poderá a qualquer momento deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos, revistas especializadas ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a graduanda, Zilvânia Cláudia Freitas da Silva e com a orientadora.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador