

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MOTA

**A EXPERIÊNCIA DE ENVOLVER A FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Brasília-DF
2015

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MOTA

**A EXPERIÊNCIA DE ENVOLVER A FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientador: Prof. Dr. Ileno I. da Costa

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MOTA

**A EXPERIÊNCIA DE ENVOLVER A FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela sua graça e benevolência dispensadas a mim. Aos meus amados familiares, especialmente a Ludmila a qual foi um instrumento do saber em meu auxílio, e as minhas amigas Eriene e Geni que me apoiaram com amor e compreensão. Ao meu coordenador Prof. Dr. Ileno I. da Costa pelo exemplo de eficiência e dedicação. Pelo apoio e incentivo de Fabiana Angélica gerente do CAPS- ad da Ceilândia. Aos pacientes deste serviço, pois sem esta caminhada com eles esta aprendizagem não teria sido possível.

Nada no mundo existe de forma isolada. Tudo está em relação a, portanto, faz parte de um sistema. O sistema familiar é formado pelo conjunto de todas as pessoas que participam da configuração familiar delimitada. A soma de todas as inter-relações entre seus componentes. Estas fazem surgir características e comportamentos nas partes que não surgiram por si só. Como todas as partes estão inter-relacionadas, uma ação em qualquer parte do sistema, provocará mudanças no sistema todo, mesmo que seja de forma indireta. Com isso, cada vez que se inclui uma nova pessoa no atendimento, aumentam-se as possibilidades de provocar mudanças (Linhares, 2005).

RESUMO

O presente estudo tem como temática central a importância da participação da família no tratamento de dependência química, tendo como base teórica o pensamento sistêmico, no qual se alicerça o contexto relacional dos diferentes atores e sistemas envolvidos. A compreensão desse processo foi fundamentada sob a ótica dos seguintes objetivos; (a) destacar a importância da adesão familiar ao tratamento do paciente e suas implicações; (b) discutir as ações junto à família que podem favorecer o seu efetivo envolvimento no tratamento do paciente; (c) discutir sobre a participação da família no tratamento do paciente se oportuniza melhores resultados comparados com os que não obtêm o apoio familiar. O problema levantado é: O envolvimento da família é relevante e repercute positivamente no tratamento do paciente? Para elucidar esses questionamentos, procedeu-se da seguinte maneira; além da revisão bibliográfica pesquisada, foi realizado também um estudo documental do perfil epidemiológico, e a participação como observadora de um grupo multifamiliar no CAPS-ad da Ceilândia/DF, em que se traçou um panorama sobre a importância da família no tratamento de dependentes químicos e os aspectos que podem promover a sua efetiva participação neste tratamento. Concluiu-se que a participação da família é de suma importância no tratamento do dependente químico, pois considera-se que a análise do contexto familiar e sociocultural na identificação de fatores de risco e de proteção são importantes para subsidiar as ações de caráter preventivo ou de intervenção. Nesse sentido, é de grande importância a participação da família como protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação, inserida nas diversas atividades do CAPS. Nesta perspectiva o estudo permitiu compreender que a participação da família no grupo multifamiliar, a realização de visita domiciliar, atendimento individual, a busca ativa e a participação em eventos comemorativos, se mostraram como procedimentos estratégicos de aproximação entre o serviço, o usuário e sua família. São, portanto, instrumentos facilitadores para o trabalho conjunto da família com a equipe.

Palavras-chave: Sistêmico. Multifamiliar. Dependência Química.

ABSTRACT

This study has as its central theme the importance of the family involvement in the chemical dependence treatment, the theoretical framework was based on the systemic thought, on which is founded the relational context of the different actors and systems involved. So far, the understanding of this process was based from the perspective of the following objectives; (a) highlighting the importance of the family adherence to the treatment of the patient and their implications; (b) discussing about the actions with the family that can facilitate their effective involvement in patient treatment; (c) discussing about family involvement in the patient's treatment gives opportunity to better results compared with those who do not get family support. The issue raised is: Is the family involvement relevant and has a positive effect on the patient treatment? To elucidate such questioning, the process goes as follows; in addition to the bibliographical revision searched, it was also performed a documentary study of the epidemiological profile, and the participation as an observer in a multifamily group in the CAPS-ad at Ceilândia / DF, in which it draft a summary about the importance of the family in the chemically dependent treatment and some aspects that can promote their effective participation in this treatment. It was concluded that the family participation is very important in the chemically dependent treatment, because it is considered that the analysis of the family and sociocultural context to identify risk and protective factors are important for supporting the preventive actions or interventions. Therefore, the family participation as a protagonist of care and rehabilitation strategies, included in the different activities of CAPS is extremely important. From this perspective, the study permitted to understand the family involvement in multifamily group, conducting home visiting, individual care, the active search and participation in commemorative events, have proven themselves as strategic approach procedures between the service, the user and the family. They are therefore useful instruments for the whole family work with the team.

Keywords: Systemic. Multifamily. Chemical Dependency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	13
1.1 Conceito e classificação das drogas	13
1.2 Uso, abuso e dependência química	14
1.2.1 Políticas de saúde e política nacional antidroga	16
2 A FAMÍLIA SEGUNDO A CONCEPÇÃO SISTÊMICA	19
2.1 A importância da família no tratamento de dependência química	22
3 GRUPOS MULTIFAMILIARES	25
4 VISITA DOMICILIAR	29
4.1 Características da visita domiciliar	31
4.2 Objetivos da visita domiciliar	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 Características do grupo multifamiliar do CAPS-ad III da Ceilândia	36
5.2 O perfil epidemiológico dos pacientes do CAPS-ad III da Ceilândia	39
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

A dependência química se expressa a partir do contexto social e através da vasta e complexa gama de inter-relações que o indivíduo estabelece com o mundo externo. Trata-se, portanto, de uma doença de caráter biopsicossocial, com repercussões em diversos segmentos da sociedade com consequências em todas as áreas da vida dos usuários de drogas e sua família. Segundo a teoria sistêmica o ambiente é uma variável importante no curso do desenvolvimento do problema, ora como um fator de risco, ora como um determinante de proteção. Se por um lado a família sofre as influências do problema, pode também, por dificuldades relacionais, dinâmica, funcionamento e conflitos familiares, entre outros fatores de ordem social, precipitar o aparecimento do mesmo. Desse modo a literatura tem um amplo reconhecimento sobre a eficácia de envolver as famílias no tratamento da dependência química. Segundo Steiglass (2009), a adesão, a retenção e a permanência de usuários de drogas aos tratamentos aumentam significativamente com o envolvimento de membros da família.

Com a visão de sistema e de mundo integrado Vasconcelos (2004) acredita na co-construção da realidade com a cooperação de todos que a constituem e participam de sua evolução histórica. Considera-se nesta perspectiva que vivemos no meio com os outros e este meio se desenvolve junto com o desenvolvimento de nossa vida. A dependência química por ser um fenômeno biopsicossocial não afeta apenas o usuário, mas também seu sistema familiar. Schenker e Minayo (2004) pesquisando sobre a importância da família no tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas encontraram vários estudos empíricos cujos resultados atestam a efetividade dos tratamentos nos quais a família em si é o objeto de intervenção, com melhores resultados, se comparados àqueles centrados no paciente identificado.

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo discutir alguns aspectos que podem favorecer o envolvimento da família de forma efetiva no tratamento de dependência química.

A compreensão desse processo será fundamentada sob a ótica dos seguintes objetivos; (a) destacar a importância da adesão familiar ao tratamento do paciente e suas implicações; (b) discutir as ações junto à família que podem favorecer o seu efetivo envolvimento no tratamento do paciente; (c) discutir se a participação da família no tratamento do paciente oportuniza melhores resultados quando comparados com os que não obtêm o apoio familiar.

Para se alcançar esses objetivos procedeu-se da seguinte maneira; além da revisão bibliográfica a ser pesquisada, será realizado também um estudo documental do perfil epidemiológico, e a participação como observadora de um grupo multifamiliar no CAPS-ad da Ceilândia/DF, em que será traçado um panorama sobre a importância da família no tratamento de dependentes químicos e os aspectos que podem promover a sua efetiva participação neste tratamento.

No primeiro capítulo, apresenta-se o enfoque sobre o tema dependência química, que cita o conceito e classificação das drogas, também o seu uso e abuso, e as políticas de saúde e política nacional antidrogas; o segundo capítulo proporciona uma análise sobre a família segundo a concepção sistêmica e a sua importância no tratamento da dependência química; no terceiro capítulo, realizada uma explanação sobre os grupos multifamiliares; o quarto capítulo discorre sobre a visita domicilia, características e objetivos; o quinto aborda a apresentação dos resultados da pesquisa realizada, bem como a discussão embasada no referencial teórico percorrido ao longo do estudo, e por último a conclusão dos dados observados.

1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

1.1 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS

A Secretaria Nacional Anti-Drogas – [SENAD] (2002) define o termo droga psicotrópica ou psicoativa como toda e qualquer substância capaz de modificar o funcionamento da atividade cerebral. Sua classificação se dá a partir de diferentes critérios, sendo mais utilizados aqueles que dizem respeito à origem, ao mecanismo de ação e à legalidade.

As drogas, quanto à sua origem, podem ser classificadas como naturais, semissintéticas e sintéticas. As drogas naturais são plantas cuja matéria prima é usada diretamente como droga ou extraída e purificada, por exemplo, a maconha. As semissintéticas são resultado de reações químicas em laboratórios a partir de drogas naturais, como acontece com a heroína. Já as sintéticas são produzidas unicamente por manipulações químicas em laboratórios, como por exemplo, o LSD (NICASTRI; MEYER et al., 2004).

No que se refere à classificação segundo os aspectos legais, as drogas podem ser lícitas ou ilícitas. Uma droga é lícita quando não é crime produzir, usar, nem comercializar e ilícita quando a produção, a comercialização e o consumo são considerados crimes, sendo proibidas por leis específicas (SENAD, 2002).

A classificação quanto aos mecanismos de ação é fundamental para a compreensão de como as drogas produzem os respectivos efeitos. As alterações do psiquismo não ocorrem sempre no mesmo sentido e direção, ou seja, modificam o funcionamento de acordo com o tipo de droga psicoativa ingerida. As substâncias podem ser classificadas em três grupos, de acordo com a atividade de exercem sobre o cérebro: depressoras, estimulantes e perturbadoras do Sistema Nervoso Central.

As drogas depressoras do Sistema nervoso central reduzem a atividade cerebral produzindo uma diminuição da concentração, da atenção, da reatividade à dor e da capacidade intelectual. Há uma diminuição global no ritmo das ações e das funções orgânicas. No segundo grupo, estão as drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central. Essas substâncias alteram o funcionamento cerebral aumentando o estado de alerta e acelerando os processos psíquicos, assim como diminuem a sensação de cansaço, fome e sono fazendo com que o usuário sinta um estado de excitação (NICASTRI, 1999).

O terceiro grupo refere-se às substâncias chamadas de perturbadoras do Sistema Nervoso Central. Essas drogas provocam mudanças qualitativas no funcionamento cerebral

produzindo fenômenos psíquicos anormais, como alteração senso-perceptivas e do pensamento. As alterações se manifestam através de alucinações, ilusões e delírios, sem que haja inibição ou estimulação do Sistema Nervoso Central. São drogas responsáveis por mudanças comportamentais e psicológicas, tais como: prejuízo da coordenação motora, euforia, ansiedade e sensação de lentificação em relação à passagem do tempo e julgamento prejudicado (NICASTRI, 1999).

1.2 Uso, abuso e dependência química

Segundo Marques e Ribeiro (2003), o conceito de dependência química pode ser entendido como uma condição que varia ao longo de um *continuum* de severidade, em que o ponto inicial é abstinência e o uso experimental. Esse conceito de *continuum* indica, segundo Figlie (2004), que não há uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência. Neste estudo inclui-se a definição de atitudes drogadicivas ou drogadicta como uma forma de englobar todos os padrões de adição pelo indivíduo, seja de uso, abuso ou dependência. O uso pode ser definido como o consumo de qualquer substância, podendo ser um consumo experimental, esporádico ou episódico. Já o uso nocivo é um padrão de consumo que está associado a algum tipo de prejuízo, que podem ser biológicos, psicológicos ou sociais e por fim, a dependência química que é o consumo de substâncias de uma forma descontrolada e associada a muitos problemas para o usuário.

Figlie (2004) coloca os seguintes elementos chaves que podem ser usados no diagnóstico da dependência química: estreitamento do repertório, saliência do uso, aumento da tolerância, sintomas de abstinência, consumo de substâncias para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência, a percepção subjetiva da compulsão para uso e a reinstalação da dependência após abstinência.

O estreitamento do repertório pode ser entendido como a diminuição, cada vez mais, do conjunto de comportamentos do usuário, e tem como consequência a aquisição de padrões fixos de repertório pessoal os quais se manifestam através de comportamentos tais como, usar a mesma substância, com as mesmas pessoas, nos mesmos horários. Com o avanço da dependência essas circunstâncias vão se tornando cada vez mais relevantes.

A saliência do uso é caracterizada pela prioridade dada à droga. O consumo torna-se a atividade mais importante e tudo gira em torno dela. Todos os compromissos e atividades são planejados de acordo com a existência ou não da droga. A tolerância desenvolvida ao álcool e às drogas é definida como a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga e que se traduz

na necessidade de aumentar progressivamente a quantidade da substância para atingir o efeito desejado, ou a redução significativa do efeito quando a dose consumida se mantém estável.

Já abstinência é caracterizada pela alteração comportamental associada a sintomas fisiológicos e cognitivos e que ocorrem devido à interrupção do consumo da substância ou mesmo da redução abrupta da dose consumida.

Outro aspecto preponderante é o consumo de drogas para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. O indivíduo que consome a droga aprende a detectar os intervalos que separam o consumo da manifestação de tais sintomas e passam a consumir drogas de uma forma preventiva a fim de evitá-los (FIGLIE, 2004).

A percepção subjetiva da compulsão para o uso de substâncias também é percebida pelo indivíduo e é relatada como uma sensação de falta de controle e fissura (craving) ou ainda como um forte desejo.

Por fim, a reinstalação da dependência após um período de abstinência é classificada como o ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo mesmo após longos períodos de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar dentro de 72 horas de ingestão. A síndrome, dentro da medicina, é entendida como um agrupamento de sinais e sintomas distintos que a definem, e que se baseia nos critérios utilizados.

Para Marques e Ribeiro (2003), apesar da definição clara dos critérios diagnósticos dos transtornos relacionados ao uso de álcool e de outras drogas, não existe apenas o dependente e o não dependente, ao invés disso, há padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua. Cada indivíduo tem um padrão de consumo diferente, que varia de baixa adicção até a dependência.

Quadro 1 – Classificação das drogas quanto à ação no sistema nervoso central

TIPO DE DROGAS	EFEITO SOBRE O ORGANISMO HUMANO
ESTIMULANTES	Aceleram a atividade cerebral. Há uma aceleração do pensamento e euforia. Seus usuários tornam-se mais ativos. “ligados”. Exemplos: anfetaminas (remédio para emagrecer), cafeína, cocaína, ecstasy e nicotina.
DEPRESSORAS	Pessoas sob o efeito dessas substâncias tornam-se sonolentas, desatentas e desconcentradas. Exemplos: álcool, opiáceos (heroína e morfina), tranquilizantes, inalantes ou solventes (cola) e indutores do sono.
PERTUBADORAS	Modificam o sentido da realidade, provocando alterações na percepção, emoções e pensamento. O consumo pode desencadear também quadros psicóticos permanentes em pessoas predispostas a essas doenças ou novas crises em indivíduos portadores de doenças psiquiátricas (transtorno bipolar, esquizofrenia). Exemplos: anticolinérgicos,

LSD (ácido), maconha, chá de cogumelo, trombeta e lírios.

Fonte: “Drogas: Conceitos Básicos”, Folder da Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química, Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, s/data.

1.2.1 Políticas de Saúde e a Política Nacional Antidrogas

A Política Nacional Antidrogas no Brasil foi uma conquista obtida em 1998 após uma reunião da Assembleia Geral das Nações Unidas. Nesta data o Brasil aderiu aos Princípios Diretivos da Redução da Demanda de Drogas no Mundo (SENAD, 2004). Tem objetivos e diretrizes bem definidos no que se refere à redução da oferta, redução da demanda, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

Para que ocorra uma redução da oferta, o enfoque é dado na tentativa de diminuir todos os crimes relacionados às drogas, assim como combater a lavagem de dinheiro com o objetivo de impedir o lucro com essa atividade ilegal e que está diretamente relacionada ao tráfico de drogas. No que diz respeito à diminuição da demanda são objetivos da Política Nacional Antidrogas manter a sociedade brasileira informada e conscientizada a respeito do uso de substâncias tanto lícitas como ilícitas; capacitar agentes em todos os seguimentos sociais para trabalhar de forma preventiva e em caráter permanente, assim como promover as modalidades terapêuticas mais eficazes, também são formas para a diminuição da demanda.

As diretrizes para a prevenção também enfocam a informação e a capacitação de líderes que possam servir como agentes multiplicadores desses conhecimentos. Para que a prevenção ocorra são necessárias parcerias e responsabilidade compartilhada não só com as esferas do governo, mas também com os diferentes segmentos da sociedade.

Já no que se refere ao tratamento, recuperação e reinserção social a diretriz recomendada é que se entenda que tratar, recuperar e reinserir socialmente um indivíduo é um processo que inclui várias etapas e que necessita de atuações eficazes com esforços contínuos e permanentes. Também é objetivo definir as normas mínimas de funcionamento de instituições de tratamento, recuperação e reinserção social, assim como estabelecer procedimentos de avaliação das intervenções terapêuticas para que se possa estabelecer comparações de resultados.

O tratamento, a recuperação e a reinserção social estão inseridos dentro da Política de Sistema Único de Saúde Brasileira que presta atenção às pessoas por intermédio de ações de

promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil está baseada nas recomendações básicas mundiais sobre as ações na saúde mental. A rede pública de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde garante o atendimento dos usuários aos serviços de saúde mental e conseqüentemente às pessoas que sofrem devido aos transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

A organização dos serviços e ações de atenção a usuários de drogas e álcool está baseada na Lei Federal nº 10.216 que engloba a Portaria GM/816 (30/04/2002). Essa Portaria instituiu a implementação, no âmbito do SUS, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas, que regulamenta as normas e diretrizes para a organização dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial incluindo os CAPS voltados exclusivamente para usuários de álcool de drogas, os CAPS-ad (Ministério Da Saúde, 2002; SENAD, 2002).

O CAPS é um serviço comunitário ambulatorial e tem como objetivo oferecer atendimento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidados intensivos, comunitários e personalizado. São organizados tanto a partir da sua estrutura (física, profissional, equipamentos), como também pela clientela a que se destina (crianças, adolescentes, usuário de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves). Eles podem ser divididos em CAPS I, II e III, CAPSi e CAPS-ad, e também podem variar de acordo com a frequência necessária.

No que se refere à frequência, os CAPS classificam seus atendimentos em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O atendimento intensivo é indicado quando o paciente está em situação de crise aguda necessitando cuidados intensivos, sistemático e diariamente. O atendimento semi-intensivo se destina a pacientes que necessitam de um cuidado um pouco menos intenso e passam a frequentar o CAPS uma ou duas vezes por semana. Já o cuidado não-intensivo atende os pacientes que agendam os atendimentos de acordo com as suas necessidades, poucas vezes por mês. Diferencia-se do ambulatório porque, caso seja necessário, esse paciente pode, por exemplo, ser atendidos em domicílio, diante da impossibilidade de deslocamento até o serviço.

O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, contanto com uma equipe técnica mínima. A população a que se destina é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Sua

capacidade de atendimentos é de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo.

O CAPS II possui estrutura para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e se diferencia do CAPS I pelo número de atendimentos, que é maior, e a incorporação de recursos humanos.

O CAPS III atende nos períodos diurnos e noturnos, todos os dias, inclusive nos sábados, domingo e feriados contando com uma estrutura permanente de atendimento.

Entre os CAPS que atendem clientela específicas, temos o CAPSi e o CAPS-ad. O CAPSi destina-se ao atendimento diário de crianças e adolescentes. O CAPS-ad é destinado a pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas. O atendimento a esses usuários é diário e permite a construção de um plano terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e continuada. As atividades desenvolvidas pelos CAPS-ad englobam atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterapia, orientação, entre outros), atendimento de grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Esse tipo de CAPS pode também contar com leitos para tratamento de desintoxicação.

2 A FAMÍLIA SEGUNDO A CONCEPÇÃO SISTÊMICA

Não se pode conhecer o todo sem conhecer detalhadamente as partes, mas também não se pode compreender as partes sem conhecer bem o todo. Isso requer, portanto, uma explicação circular, que articule as partes e o todo (VASCONCELLOS, 2003, p.117).

Durante toda a história da evolução o homem busca meios para explicar e compreender a vida. Cada momento histórico se caracteriza por determinado padrão nas relações humanas que geram diferentes necessidades e dificuldades a serem superadas. Novas concepções se fazem necessárias e, portanto, novos paradigmas surgem, permitindo o desenvolvimento de novas teorias e novas práxis (GRASSANO, 2001).

Com o surgimento da Teoria da Relatividade de Einstein, alguns profissionais da área de Psicologia passam a compreender os fenômenos do paradigma mecanicista para o sistêmico, fazendo com que a visão do indivíduo fosse ampliada do intrapsíquico para o inter-relacional, podendo vê-lo como um sistema individual em constante relação com o seu sistema familiar nuclear e extenso (GRASSANO, 2001).

A palavra “sistema” deriva do grego “synhistanai” que significa colocar junto. “Entender as coisas sistematicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações” (CAPRA, 1996, p. 43).

Portanto, sob a influência do pensamento sistêmico ou ecológico, pensar os sistemas orgânicos, sociais, familiares, segundo os conceitos sistêmicos de inter-relação e interdependência, conduz à percepção do mundo e da vida composta pela interconexão de vários sistemas que se entrelaçam, formando uma trama ainda mais complexa que Capra (1996, p.45) denomina de a “Teia da Vida”.

A teia da vida consiste em redes dentro de redes. Em escala sob o estreito e minucioso exame, os nodos da rede se revelam como menores. Tendemos a arranjar esses sistemas, todos eles aninhados dentro de sistemas maiores, num sistema hierárquico colocando os maiores acima dos menores, à maneira de uma pirâmide. Mas isso é uma projeção humana, não há acima ou abaixo, e não há hierarquias. Há somente redes aninhadas dentro de outras redes.

A concepção sistêmica percebe o mundo como uma teia de relações, de conexões entre as diversas partes que compõe um sistema vivo. A perspectiva sistêmica tem a ver com as conexões, mas de uma maneira especial com a ideia poética de que quando você segura uma flor em sua mão, descobre que ela está conectada com o universo (MINUCHIN; COLAPINTO, 1999).

Para compreender como as ideias sistêmicas se aplicam às pessoas, precisa-se estar atento às conexões e aos padrões repetitivos. É necessário prestar atenção às outras características de qualquer sistema: a presença de subsistemas, a maneira em que suas partes influenciam umas as outras e o fato de que todo sistema inevitavelmente passa por períodos de estabilidade e mudança. Essas ideias são fundamentais para se entender como as famílias funcionam, mas se aplicam também aos sistemas sociais mais amplos que afetam a vida familiar (MINUCHIN, 1982).

Assim, o pensamento sistêmico nos enriquece com a percepção de uma circularidade entre os elementos da família e do social, entendendo que cada um tem seu papel e responsabilidade na manutenção da estrutura e dinâmica social e familiar atual e, por conseguinte, na saúde ou doença mental de seus componentes.

Nessa perspectiva, a família deve ser vista em seu contexto social sem o qual qualquer análise de sua dinâmica emocional poderá ser errônea ou incompleta. Torna-se necessário localizar a família, ainda que rapidamente, no seu contexto familiar e histórico (MINUCHIN, 1982).

Minuchin (1982) considera a família um sistema relacional primário hierarquicamente organizado, no qual a mudança de um de seus subsistema atinge o sistema familiar como um todo. Segundo Koestler (1981, p. 70) o sistema tem como sua unidade básica o hólon. Ele usa o conceito para caracterizar a dupla natureza de cada um dos elementos do sistema.

Todo hólon é simultaneamente, parte e todo, isto é, encerra em si duas tendências aparentemente antagônicas: tendência integrativa e tendência autoafirmativa. Enquanto parte de um sistema maior, ou seja, enquanto subsistema manifesta sua tendência integrativa, sua capacidade de integração. Se enfocado como um todo, como um sistema que contém em si outro subsistema, ele expressa a sua tendência autoafirmativa, sua autonomia. Todo elemento vivo necessita que essas duas tendências estejam em equilíbrio para que possa haver crescimento. Ao integrar-se a um sistema maior o indivíduo pode desenvolver o sentimento de “pertencer” e, paradoxalmente quanto mais pertence, mais se diferencia e se torna autônomo, mais desenvolve o sentimento de “ser”.

Outros colaboradores, como Jackson (1981) definiu “família” como uma rede interatuante de comunicação, na qual todos os membros, do bebê de dias até o avô de 70 anos, influencia a natureza de todo o sistema e são, por sua vez, influenciados por estes.

Para Haley (1979), um dos fundadores da Terapia Familiar, a família é um tipo especial de sistema por possuir uma história, isto é, um passado e um futuro. Não podemos, portanto, restringir a família aos relacionamentos consanguíneos.

Entretanto, Ackerman (1986) caracteriza a família como um organismo composto da fusão dos fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos: “a família é uma unidade

básica de desenvolvimento e experiência, de realização e fracasso. É também a unidade básica de doença e de saúde”. (ACKERMAN, 1986, p. 36).

Já Bowen, um dos teóricos seminais da terapia familiar, entende a família como uma entidade complexa, constituída por uma série de sistemas e subsistemas entrelaçados. Basicamente, é um sistema de relacionamento emocional cujas raízes podem ser encontradas na natureza biológica do homem. Além disso, para entender determinada família nuclear, é necessário trazer à superfície a família que a originou.

Segundo Minuchin, psiquiatra e um dos fundadores da terapia familiar:

Família é um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interação. Estes padrões constituem a estrutura familiar, que por sua vez governa o funcionamento dos membros da família, delineando sua gama de comportamento e facilitando sua interação. Uma forma viável de estrutura familiar é necessária para desempenhar suas tarefas essenciais e dar apoio para a individuação ao mesmo tempo que provê um sentido de pertença....Sei que a família possui recursos inesgotáveis de apoio, amor e carinho e que o bem de muitos será também o bem de cada um. Portanto, tento ajudá-los a ver o contexto mais amplo do self – o self familiar. (MINUCHIN; FISCHMAN, 1990, p. 21)

O autor acima compreende a família como um conjunto de pessoas em interação, que possui uma forma de interagir e que seus elementos estão vinculados nos diferentes papéis e subsistemas. Entendendo ainda, que a mudança de uma pessoa na família pode mobilizar mudanças nas outras. Portanto, a família é um sistema em constante evolução, que precisa adaptar sua estrutura às mudanças relacionais inerentes ao ciclo de vida familiar, ao contexto social mais amplo ou ainda às situações específicas de cada membro.

Em nossa sociedade, o processo da industrialização e urbanização, as rápidas mudanças que se processam na vida social interferem na organização familiar. O desenvolvimento dos meios de comunicação afeta a unidade familiar que deixa de ser uma estrutura rígida para assumir um caráter dinâmico. Estes fatores somados à profissionalização da mulher introduzem nova configuração dos padrões familiares, ou seja, do comportamento individual dos elementos do grupo familiar no próprio grupo, do grupo frente a outros grupos sociais, e do desenvolvimento de papéis familiares, formas de manutenção ou mudanças da estrutura familiar (FONSECA, 1975).

A atual família brasileira está em fase de transformação no seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto). A inserção da mulher no mercado de trabalho, a ampliação do papel paterno para além das tarefas de provedor, o aumento do número de separações conjugais, as uniões não formalizadas, assim como as mulheres sozinhas cuidando da família são alguns dos inúmeros aspectos que têm contribuído

para mudanças. É possível afirmar que não existe hoje um modelo único e generalizado de família no Brasil (SILVA, 2001).

Por fim, enfatiza que apesar da família ter uma história antiga, apenas na década de 50 passou a constituir uma área de interesse da Psicologia, com o desenvolvimento da Psicoterapia Familiar como abordagem de tratamento para diferentes problemas, dentre eles, a dependência de drogas.

2.1 A importância da família no tratamento da dependência química

De acordo com o pensamento sistêmico “... é preciso compreender a família como um grupo social em constante movimento de organização- desorganização- reorganização, movimento este em estreita relação com o contexto sócio-cultural.” (AMAS-BH, 1995, p.12). A família que passa por uma crise devido o envolvimento de um de seus membros com substâncias psicoativas tem impactos em seu processo relacional. Nesse processo contínuo de inter-relações em que a família pode ser um fator de influência à drogadição de um de seus membros, e por outro lado ela também é influenciada por ele (BRASIL, 2004) torna-se, assim, evidente a necessidade de inserir a família no contexto terapêutico.

Abordagens familiares são compreendidas como intervenções com a participação da família no processo de tratamento, destacando-se modalidades como a psicoterapia e a orientação familiar. No que se refere à dependência química, o pressuposto básico preconiza que as pessoas que usam drogas estão dentro de um contexto no qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos influenciam e são influenciados pelos comportamentos dos membros da família. Por isso, o meio familiar pode ser compreendido como cenário direto do enfoque terapêutico.

Levando-se em consideração as múltiplas funções reguladoras dos papéis familiares, contradições de comportamento, afetos, tensões, conflitos presentes no meio e que ao mesmo tempo, contribuem para que o sistema permaneça vivo, superando uma visão estática sobre a própria construção familiar. A família é um sistema dinâmico e em constante transformação, que cumpre sua função social transmitindo os valores e tradições culturais inseridos.

O impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza. Krupnick (1995) descreve quatro estágios pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e álcool:

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

Embora tais estágios definam um padrão da evolução do impacto das substâncias, não se pode afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo, mas indubitavelmente a família que passa por essa problemática reage de acordo com os valores, compreensão e recursos para lidar com a presença do problema do álcool ou outras drogas. Também se observa que há uma tendência dos familiares sentirem-se culpados e envergonhados por estar nesta situação. Muitas vezes, deve-se a estes sentimentos, o fato da família demorar muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional, o que corrobora para agravar o desfecho do caso.

Todavia, os principais sentimentos da família que convivem com dependentes são: raiva, ressentimento, descrédito das promessas de parar, dor, impotência, medo do futuro, falência, desintegração, solidão diante do resto da sociedade, culpa e vergonha pelo estado em que se encontram (KAUFMANN, 1982).

Do lado oposto, raramente o usuário assume que está bebendo em demasia ou que faz uso de drogas. Seus sentimentos podem ser negados por ele mesmo. A “confirmação” de que há presença da droga no meio familiar pode acontecer por iniciativa de terceiros, por um ato falho por parte do próprio usuário, que esquece a droga em lugar visível, ou numa situação extrema, de prisão, overdose, morte e acidentes. A partir dessa revelação, a crise familiar

atinge seu ápice, uma vez que geralmente a família vem sofrendo de desequilíbrios anteriormente não perceptíveis ao seu olhar (KRUPNICK, 1995).

Frente à conduta de dependência química, Olievenstein (1992), assinala seis características denominadas como patológicas, encontradas nas famílias de dependentes químicos:

- Falta das barreiras entre as gerações, ou seja, a autoridade dos membros mais velhos nem sempre é suficiente para impor limites e regras;
- Nível de individuação dos adultos é precário; frequentemente há uma inversão dos papéis na família nuclear, com o filho assumindo o papel do adulto;
- Os mitos familiares são acentuados. Por isso é muito comum os familiares manterem certa desesperança, ou até mesmo comodismo, por acreditarem que o problema da droga é algo do “destino” da família como um todo;
- Desentendimento no casal parental, principalmente quando um dos cônjuges é alcoolista, ou quando não agem de modo coerente em relação às condutas que devem assumir para apoiarem a recuperação de um dos filhos;
- Alianças secretas com filhos frente à desordem das condutas que deveriam ser seguidas, ou as falhas de comunicação entre os membros, que automaticamente fortalecem parcerias dentro do meio familiar.

A literatura aponta para a importância da família na reabilitação do paciente, adesão ao tratamento e na prevenção de recaída. É necessário o envolvimento da família junto ao tratamento de seu membro, pois isto permitirá uma melhor compreensão tanto do paciente quanto do seu contexto o que pode ampliar suas possibilidades de intervenção terapêutica. Quando há uma efetiva participação da família pode haver reflexos positivos no tratamento do paciente, uma vez que possibilita trabalhar conflitos intrafamiliares, estrutura da família, vínculos, alinhamento de papéis, reinserção social e autonomia do paciente, etc.

Deste modo este trabalho procura ressaltar os aspectos que favorecem o envolvimento da família no tratamento de dependência química. Serão discutidas as ações desenvolvidas para a família, tais como grupo multifamiliar, visita domiciliar e busca ativa. Também será discutida a efetividade desta aproximação familiar e quais são os reflexos desta aproximação. Assim quais são os elementos que podem favorecer e atrair, envolver a família junto ao tratamento do seu membro?

3 GRUPOS MULTIFAMILIARES

A dependência química é um fenômeno de extrema relevância em termos de saúde pública, é multifatorial e sua complexidade exige que o tratamento implique em múltiplas abordagens terapêuticas (SILVA, 2001). A terapia multifamiliar é inserida nesse contexto, intervindo nas famílias em plena crise.

Para cada indivíduo envolvido com álcool e outras drogas, é estimado que de quatro a cinco pessoas, incluindo cônjuges, companheiros, filhos e pais serão diretamente ou indiretamente afetados. Um episódio de embriaguez e intoxicação pode repercutir em importante comprometimento das relações familiares refletindo-se diretamente nas crianças (HALPERN, 2001).

Schenker e Minayo (2004) falam da importância da família no tratamento de substâncias psicoativas, pois a família em si é o objeto de intervenção, com melhores resultados, se comparados àqueles centrados no paciente identificado. Na maior parte dos casos, as instituições recebem o dependente químico com a incumbência de entregá-lo “curado” à família, que efetivamente não é percebida como parte integrante do problema e, portanto, do processo de mudança.

A passagem para a epistemologia sistêmica redimensiona essa visão, ampliando o foco, impedindo de fixá-lo no paciente identificado (LARANJEIRAS; JUNGHERM; DUNN, 1998; LOPES; SEADI, 2002).

Unem-se à terapia de família sistêmica os fatores terapêuticos do processo de grupo e estudos confirmam que esta associação resulta em um ambiente fértil para explorar comportamentos individuais no contexto dos relacionamentos interpessoais. Desencadeia a ampliação da consciência de grupo e de comunidade e assim, do suporte social necessário para que sejam feitas as mudanças de comportamento desejadas (RAVAZZOLA; BARILARI; MAZIERES, 1997).

A maioria dos familiares espera aprender a lidar com o dependente e receber orientação profissional. Segundo Figlie e Pillion (2001) há evidências da eficácia da terapia breve e grupal no sentido de adequar condutas, contribuindo para a melhora das relações e organizações do contexto familiar em dependência química.

A abordagem multifamiliar como uma intervenção breve na dependência química não entende os problemas das famílias como uma doença e sim como padrões relacionais

disfuncionais e é focada nos recursos e habilidades que as famílias possuem para resolver os seus problemas (MARQUES; FURTADO, 2004; MARQUES ; RIBEIRO, 2003). Também se revela como instrumento para resgatar a força do coletivo, utilizando os recursos sadios dos sujeitos, das famílias. O resgate da subjetividade e da cidadania daqueles que sofrem enquanto protagonistas de suas histórias pode se dar por meio da partilha de suas dores e esperanças.

Especialmente em situações complexas, como as das famílias em crise, em que as patologias são tanto ou mais sociais que psiquiátricas (ELKAIM, 1995), é fundamental criar contextos nos quais as redes possam emergir, multiplicando as possibilidades de ajuda. Inscrevem-se aqui os grupos multifamiliares, como redes articuladas de ajuda mútua.

O termo Terapia multifamiliar foi criado em 1963, por Carl Wells. Esta abordagem foi desenvolvida por Laqueur, que reunia cinco ou seis famílias para sessões regulares durante as quais podiam compartilhar suas dificuldades, suas experiências e trocar sugestões (ELKAIM, 1995). Surgem, então, novas ideias, novos significados e novas histórias sobre o problema.

A terapia multifamiliar consiste no encontro de um grupo de famílias com características e modalidades próprias diversas em que estão presentes varias gerações que atuam entre si. Cada participante tem a possibilidade de ver os demais em interação, as famílias se convocam para ajudar a solucionar o problema de uma e de todas, gerando um verdadeiro efeito de rede. A presença de outros permite revisar as crenças que cada família sustenta e abre dúvidas acerca de pressupostos mantidos rigidamente por meio do tempo, como também a interação entre pares torna-se facilitadora da mudança. As pessoas se aliviam ao descobrir que outros compartilham seu problema e que transitam por caminhos semelhantes (RAVAZZOLA, 1997, p.301-302).

Baterson (2000) acreditava que as diferenças entre descrições davam lugar ao nascimento de uma vantagem adicional: a ideia. Ver as coisas de modo diferente faz pensar de modo diferente e, então, fazer e sentir diferente. No grupo multifamiliar, novas ideias, pensamentos, sentimentos e condutas podem emergir a partir das diferenças.

Segundo Elkaim (1995) o grupo é o local onde as famílias extremamente empobrecidas afetivamente renovam seus recursos, recuperam sua autoestima e podem experimentar relações de confiança, de ajuda e de apoio mútuo, tão raros quanto preciosos para a saúde mental.

O grupo funciona como uma equipe autorreflexiva, cujas intervenções do terapeuta facilitam reflexões e descrições alternativas da realidade e do problema vivenciado, em uma perspectiva de despatologização da linguagem e de resgate dos recursos sadios inerentes a qualquer sistema paralisado. Isto possibilita romper com os padrões disfuncionais mantenedores do sintoma a partir da ampliação dos significados oferecidos pelo grupo na construção de novas narrativas sobre o problema (ELKAIM, 1995).

As vantagens do grupo multifamiliar são amplas tais como; (a) Requer menos tempo terapêutico por família; (b) Ajuda a reduzir a defensividade de famílias rígidas; (c) Serve para amenizar a situação, preparando o cenário para uma participação familiar mais intensa em um momento posterior da terapia; (d) Permite que a pressão sobre os terapeutas para provocar mudanças se estenda a um grupo mais numeroso de coterapeutas; (e) Permite que as famílias isoladas socialmente se enriqueçam com a força, a objetividade e as condutas modeladoras de um grupo de iguais, uma espécie de família extensa.

As principais desvantagens, por sua vez, parecem estar relacionadas: (a) Ao menor controle dos casos, de modo que a eficácia terapêutica pode ser reduzida; (b) Ao fato de que o terapeuta possa sentir-se menos motivado a envolver-se com relação a alguma família particular, mas no grupo; (c) Ao perigo de uma identificação predominantemente problemática com outras famílias que têm funcionamento semelhante (STANTON; TODD, 1988).

Para Pakman (1999) compartilhar cumpre a reparadora função de reconectar o sujeito, alienado de si e do coletivo, com o outro, nestes tempos de individualismo e de isolamento que engendram situações de desamparo dos sujeitos e das famílias, fonte de sofrimento psíquico.

O grupo oportuniza que as famílias não só se beneficiem das intervenções e interações com os terapeutas “oficiais” como das reflexões e vivências dos seus iguais, cujos saberes e competências dão lugar às culpas e vergonhas típicas das famílias em crise... Precisamos construir espaços onde as famílias possam ser envolvidas criativamente,... Precisamos usar a força dos grupos terapêuticos (PAKMAN, 1999, p.23-25).

Segundo Parkman (1999) os grupos multifamiliares são ferramentas que oportunizam integrar os serviços de saúde mental às comunidades, proporcionando um tipo de terapia que vai além do consultório e que torna cada encontro humano como uma possibilidade de compartilhamento de vida.

Este entendimento acerca dos grupos multifamiliares esclarece o contexto dos fenômenos grupais discutidos neste estudo, como uma das ferramentas que podem envolver e beneficiar a família no contexto de tratamento para dependência de substâncias.

4 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma prática utilizada por diversas áreas ligadas à saúde. Pode auxiliar no engajamento de pacientes em tratamentos convencionais, sendo eficaz também para aqueles resistentes ao tratamento.

Segundo Rodrigues et al. (2011), o atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes a domicílio, compartilhando seus segredos e convivendo com os momentos significativos da vida familiar.

No entanto, este cenário de atuação modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-1940, com o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde, e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar (BRASIL, 2003).

Teixeira (2002) destaca que a formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve privilegiar a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado.

Desta forma, surge o programa de Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, buscando a reordenação do modelo assistencial centrado na doença, considerando desgastado devido à insatisfação da população, à ineficiência do setor e à incapacidade de atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo assistencial pode ser definido como os modos que de se produz saúde, ou seja, como a sociedade e o estado desenvolvem as tecnologias para produzir e distribuir ações de saúde (MERHY; ONOCKO, 2007)

Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define assistência domiciliar como provisão de serviços de saúde, com objetivos de promover, restaurar, e manter o conforto, função e saúde das pessoas (BRASIL, 2003).

A visita domiciliar passou a ser concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade. Também é vista como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção e de conhecimento da realidade da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. A atenção à família e à comunidade

é o objetivo central da visita domiciliar, pois estas entidades influenciam o processo de adoecimento dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações e, assim, ter a compreensão deste contexto proporciona um olhar para os recursos que as famílias e a comunidade disponibilizam. Resulta-se desta interação uma atuação profissional com novas demarcações conceituais e conseqüentemente um planejamento das ações de forma mais contextualizada (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

No âmbito da reforma psiquiátrica, a atenção do usuário deixa de ser hospitalocêntrica e passa a ser oferecida em centros de saúde territorializados, ou seja, não retira o usuário da sua comunidade e dos seus vínculos sociais. O serviço territorial oferece uma nova forma de cuidado em que a inclusão e a reabilitação social são os eixos que norteiam os profissionais desses serviços, sendo o CAPS a base principal desta atenção comunitária. Neste sentido o principal dispositivo utilizado para acompanhar a rede social do usuário é a visita domiciliar, pois ela possibilita um diagnóstico da realidade do indivíduo e da sua família (ANTUNES et al., 2012).

As autoras ainda destacam que é durante a visita domiciliar que o profissional pode se inserir no contexto familiar e prestar assistência a todos os envolvidos, não considerando somente os problemas do usuário, mas também os fatores sociais. Constitui-se como um momento no qual se estabelece vínculo por meio do acolhimento e da escuta qualificada, e com isto se movimenta as relações que em algumas realidades tendem a ser paralisadas pelo estigma e preconceito. Trata-se de conhecer o cotidiano da família *in loco*, o enfrentamento vivido pelo sofrimento do familiar e sua visão de mundo. Com isto esta forma de atuar corresponde a uma estratégia de aproximação da família possibilitando esclarecimento e a garantia de assistência (ANTUNES et al., 2012).

A assistência prestada por meio da VD constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e de sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (CUNHA; GAMA, 2012).

Antunes et al. (2012) ressaltam que a condução da visita deve priorizar o respeito e o cuidado da família. Deve-se respeitar as escolhas da família, fazendo com que o encontro não se torne um momento de fiscalização em saúde, mas de aproximação, de continuidade da escuta e da troca de saberes e de experiências visando à responsabilização pelo cuidado.

A empatia e o vínculo são considerados elementos centrais na relação de cuidado. Heidegger (1990) afirma que o cuidado se encontra, antes de tudo, na raiz do ser humano. E o fazer humano sempre vem impregnado de cuidado como “modo-de-ser” essencial. Boff (2003, p. 33) observa que “o cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

4.1 Características da visita

A visita domiciliar favorece o diálogo entre os profissionais e usuários, o que facilita uma maior aproximação e vinculação entre ambos. Um aspecto importante é a dimensão da equidade, pois esse princípio emerge como uma questão central nos serviços de saúde por possibilitar a melhoria na qualidade de vida dos mais necessitados como prioridade. A assistência domiciliar possibilita ao usuário um sentimento ser bem atendido, por ter a visita da equipe em seu domicílio, pois, segundo esse princípio todos que precisam do serviço devem ser atendidos indistintamente e igualmente. Outra dimensão da VD é a integração da atenção. Relaciona-se com a migração do usuário para outros níveis de atenção dentro do sistema de saúde ou do seu território, conforme as necessidades e a complexidade do seu tratamento (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Kawamoto et al. (1995) destaca algumas vantagens da VD: o conhecimento é levado *in loco*, caracterizado por condições peculiares do domicílio, o que favorece o planejamento e intervenção terapêutica; um ambiente menos formal propicia um melhor relacionamento do usuário com a equipe, com mais liberdade para se expor diversas problemáticas. Em contrapartida, as principais desvantagens são: o horário de trabalho; os afazeres domésticos podem impossibilitar ou dificultar a sua realização; demanda um maior gasto de tempo, tanto na locomoção como na execução da visita; também é considerado um método dispendioso por demandar custo de pessoal e de locomoção. São diversos fatores que os serviços enfrentam para executar e dar continuidade às visitas domiciliares: falta de profissional especializado, falta de apoio das instituições na contratação de profissionais, falta de transporte e a grande demanda de pacientes.

4.2 Objetivos da visita

Cunha e Gama (2012) ressaltam que a visita domiciliar se configura como instrumento intervencionista quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada. Segundo os autores, nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário se configura uma VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais: conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificação socioeconômica e cultural, verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do genograma, ou ecomapa, identificação de fatores de risco individuais e familiares, prestar assistência ao paciente e à família no seu próprio domicílio, auxiliar no controle e prevenção de doenças e estimular a prevenção e a adesão ao tratamento, promover ações de promoção à saúde, com incentivo a mudança de estilo de vida, propiciar ao indivíduo e à família a participação ativa no processo saúde-doença, adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares, intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares, estimular a autonomia tanto do indivíduo quanto de sua família, com o incentivo do autocuidado e aperfeiçoar recursos disponíveis na rede que abrange saúde, assistência e comunidade.

Os autores observam que para garantir o alcance dos objetivos propostos deve priorizar o planejamento, a execução e a avaliação conjunta de profissionais. Quanto ao planejamento as visitas devem ser planejadas rotineiramente pela equipe, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautadas nos critérios definidores de prioridade, tais como: situações ou problemas relacionados à saúde ou que constitui risco à saúde, situação ou problema crônico agravado (uso de álcool e outras drogas), urgente (tentativa de suicídio, situações de violência física, sexual ou psicológica, abandono, negligência), problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde, problemas de acesso, problemas de ausências no atendimento programado (CUNHA; GAMA, 2012).

Também torna-se necessário observar questões pertinentes ao planejamento e operacionalização das visitas para se atingir os objetivos propostos. Assim, é importante definir o itinerário, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado, definição do tempo para execução da visita em cada domicílio, priorização do horário preferencial das famílias, agendamento e confirmação do horário e início da rota de visitas pelos domicílios que demandam menos tempo (CUNHA; GAMA, 2012).

Os autores apontam para a importância da formalização da visita domiciliar, para tanto, utiliza-se como metodologia básica a entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e sua dinâmica. No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica do caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas às orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família. Considera-se imprescindível a valorização das relações interpessoais para possibilitar a aproximação, vinculação em que os profissionais se tornam parceiros da família podendo assim fortalecer os seus aspectos positivos e suas potencialidades (CUNHA;GAMA,2012).

Contudo para finalizar esse processo no alcance dos objetivos traçados, torna-se indispensável à instituição de um processo avaliativo de todas as etapas da visita. Questiona-se, portanto os aspectos pertinentes ao alcance, aos pressupostos, ao preparo e ao tempo destinados à obtenção dos resultados almejados. Considera-se de suma importância a discussão em equipe destes aspectos com as devidas observações e registros (CUNHA; GAMA,2012).

Souza et al. (2003) discutem a eficácia da visita domiciliar em um programa de acompanhamento intensivo dos pacientes dentro de uma proposta alternativa à hospitalização. Trata-se de um programa realizado na Itália, que conta com equipes volantes que realizam visitas domiciliares regulares (número equivalente ao de consultas ambulatoriais) visando: monitorar o estado dos pacientes, identificar possíveis crises, treinar habilidades cotidianas e sociais com os pacientes, verificar a adesão ao tratamento medicamentoso e detectar conflitos interpessoais e as insatisfações dos pacientes. Esse modelo (Madison) preconiza o acompanhamento individualizado diário e por tempo ilimitado, conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde mental e realiza intervenções nas diversas dimensões da vida do paciente. Realizam também, intervenções familiares e na comunidade. O estudo permitiu concluir que a frequência de contatos com o paciente e equipe está diretamente ligada à diminuição de re-hospitalizações.

Os autores ainda enfatizam que a existência de um trabalho multiprofissional que visa a estimulação da adesão ao tratamento, ao fortalecimento dos vínculos entre profissional e equipe e o reconhecimento da rede social do usuário são fatores que contribuem para o rompimento do círculo vicioso movido pela dependência química (SOUZA, et al., 2003).

Por último os autores Kawamoto et al (2001) enfatizam a importância da visita domiciliar no contexto do usuário:

“A visita domiciliar é um instrumento que atende o usuário em suas necessidades biopsicossociais, pois a maioria entende a VD como um momento de esclarecimento de dúvidas, de trocas afetivas em que se observa a valorização do ser humano, que é reconhecido, assistido, ouvido. Em que os seus anseios, suas expectativas são sanadas por uma pessoa que se tornou amiga. Portanto a VD deve acontecer com a maior naturalidade, sem pressa para começar e terminar, sem formalidades dando oportunidade ao paciente e familiares para expressarem suas dúvidas, alegrias e incertezas. Trata-se de um momento único em que o profissional tem a oportunidade de assistir o seu paciente no meio em que ele vive”.

No contexto de saúde mental, a visita domiciliar é muito importante para averiguar se o tratamento está sendo realizado de forma adequada, se as relações e o vínculo entre familiares são suficientemente fortes para fomentar uma boa evolução terapêutica, em que observa-se tanto o paciente quanto do cuidador, e observa-se também a forma da interação mútua entre familiares na troca efetiva de cuidado. A visita também permite trabalhar o envolvimento da família como participante ativo na promoção de autonomia do seu membro, uma vez que o CAPS é um facilitador deste processo (ANTUNES, et al., 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo tem como temática central a importância da família no tratamento de dependência química. O envolvimento da família é relevante? Repercute positivamente no tratamento do paciente? Para elucidar melhor o entendimento do tema: “A experiência de envolver a família no tratamento de dependência química”, foi necessário contextualizar o referencial teórico com a análise do perfil epidemiológico e a observação em um grupo multifamiliar do CAPS-ad da Ceilândia/DF. Tendo como base teórica o pensamento sistêmico, no qual está alicerçado o contexto do trabalho com as famílias em tratamento neste CAPS .

Os objetivos deste trabalho foram observar ações que podem favorecer o envolvimento da família no tratamento de dependência química e também discorrer sobre a importância da adesão familiar ao tratamento do paciente e suas implicações.

Os resultados obtidos evidenciaram as implicações negativas quanto à ausência e distanciamento da família no tratamento do paciente dependente químico e um impacto positivo na participação da família no tratamento e a construção de relacionamentos mais afetivos.

O perfil epidemiológico foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas- CAPS-ad III, localizado na cidade de Ceilândia- DF. O serviço atende às Regiões Administrativas de Ceilândia e Brazlândia. O público atendido são usuários maiores de 18 anos que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas. O funcionamento deste serviço é de 24 horas por dia e em todos os dias da semana. Esse centro possui atendimento com foco em reabilitação psicossocial em diversas modalidades: em grupo, atendimento individual e familiar. É composto por uma equipe multidisciplinar formada por psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos psiquiatras, clínico geral, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e assistente social.

Na condução do grupo multifamiliar atuam uma psicóloga e uma assistente social. O local escolhido para pesquisa foi selecionado tendo por base o tempo de existência desse tipo de serviço de atendimento ao dependente químico, por ser uma rede alternativa de atendimento, prestar serviço diário aos usuários garantindo atenção e acolhimento, bem como atendimento aos familiares proporcionando orientação, informação e acolhimento visando à inclusão da família no tratamento do seu membro.

5.1 Características do grupo multifamiliar do CAPS da Ceilândia

O processo de coleta de dados foi também a partir da participação nas reuniões do grupo multifamiliar realizado uma vez por semana neste CAPS. Esta estratégia de observação dos grupos visa complementar o entendimento obtido pela análise teórica e do perfil epidemiológico. Esta aproximação da observadora facilita a reflexão das experiências vivenciadas em grupo.

Neste aspecto, Moré e Crepaldi (2004) enfatizam a importância de o pesquisador examinar o campo reconhecendo não só a linguagem verbal e não verbal, mas também como ocorrem às relações entre os diversos subsistemas, sejam elas feitas de forma metafórica ou representadas pelos comportamentos propriamente ditos, auxiliando assim na compreensão e significação dos dados. Sugerem ainda as autoras uma “aliança estratégica do pesquisador” como um membro representativo da equipe no sentido de evitar que a sua presença cause impacto no contexto a ser pesquisado. Essa estratégia impede que algum tipo de boicote ocorra por parte de integrantes da equipe, devido à falta de compreensão e conhecimento dos objetivos da pesquisa.

A abordagem multifamiliar deste grupo permite inserir a família no tratamento com a finalidade de com ela estabelecer a sua efetiva participação no processo terapêutico, e tê-la como instrumento de mudança, e lhe promover suporte terapêutico. Para tanto busca observar diversos objetivos: criar vínculo terapêutico com a família, acolhimento, compreensão da dinâmica da dependência química, informação e orientação de diversos temas pertinentes a esta demanda, trabalhar padrões eficazes de comunicação, trabalhar o sentimento de competência da família, e a sua instrumentalização.

O grupo multifamiliar é aberto tanto aos familiares com pacientes em tratamento no CAPS, ou em outras localidades, como também se destina aos familiares de pessoas que não estão em tratamento. Apresenta duração ilimitada quanto à sua existência, não havendo a obrigatoriedade de frequência. Sendo uma sessão semanalmente que dura uma hora e meia, a média é de quinze participantes aproximadamente. As sessões começam com a apresentação e o acolhimento dos participantes iniciantes, e seguem semi-estruturadas. Trata-se de um espaço de reflexão e questionamento não só para as questões relacionadas ao consumo de drogas, como também da vida familiar procurando explorar as relações familiares, dos aspectos do vínculo, da afetividade e da comunicação. No último encontro de cada mês o grupo realiza

atividades com diversas técnicas tais como relaxamento, dinâmicas, vivências, e dramatizações, a fim de promover uma coesão grupal, descontração e vivência emocional, etc. De forma geral, os participantes são pessoas que mantêm vínculo estreito com o dependente, principalmente as figuras de mãe e esposas.

A pesquisadora participou de 17 encontros (de agosto a novembro de 2014), com o objetivo de observar o funcionamento e dinâmica grupal deste grupo. Observou-se que a base teórica explorada trata-se da teoria sistêmica, em que a ênfase é dada à natureza relacional e contextual do comportamento humano. Nesta abordagem considera-se o comportamento como sintoma da disfunção familiar, uma vez que o comportamento individual ocorre e adquire o seu significado no contexto dessa instituição.

Segundo Figlie (2014), na perspectiva sistêmica, um dependente químico exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso a dependência química faça parte do seu funcionamento e muitas vezes, a sobriedade pode afetar tal homeostase. O terapeuta utiliza várias técnicas para clarificar o funcionamento familiar e promover mudanças de padrões e interações familiares.

Nestes encontros, observou-se que através da participação da família no grupo multifamiliar as famílias obtiveram respostas favoráveis no relacionamento com o seu membro, visto a facilitação do diálogo, a possibilidade de descobrir novas alternativas para situações disfuncionais e estressantes e também a compreensão da psicodinâmica da dependência química.

O ambiente de coesão grupal e de confiança facilita a partilha dos integrantes, em que assuntos que outrora eram mantidos em “segredos”, principalmente pela manutenção do mecanismo de negação na tentativa de evitar o reconhecimento do problema, são aos poucos “revelados” no grupo, o que oportuniza uma abertura para abordagem das devidas temáticas expostas pelas famílias. Observa-se que isto ocorre principalmente em função da identificação de problemas similares, pois o reconhecimento de que aquele problema não é exclusividade de uma família, mas todas que estão ali são participantes e estão envolvidas com a questão da dependência química, e isso possibilita uma diminuição de suas defesas e, portanto gera um sentimento de alívio e solidariedade.

As famílias que buscam atendimento no grupo multifamiliar geralmente apresentam um sofrimento emocional intenso, com prevalência das temáticas: dor, temores e perdas. Mostram-se paralisadas diante dos embates norteados pela dependência química de um de seus membros, ou de vários. Observa-se, no contexto destas famílias muitos conflitos, e uma comunicação disfuncional, travada pelos sentimentos negativos que sustentam a base do

discurso. Alguns participantes parecem reconhecer que a participação no grupo multifamiliar agregou mudanças significativas no relacionamento com o paciente, com a sua família e com ela mesma. Desta forma o grupo visa trabalhar com enfoque nos aspectos das relações familiares, afetividade e comunicação e sobre tudo fomentar a competência da família.

A experiência de envolver as famílias no tratamento da dependência química é recente, e tem se constituído em uma abordagem eficaz. A abordagem sistêmica é um referencial teórico muito utilizado nas intervenções com as famílias onde existe um ou mais membros abusadores de substâncias psicoativas. A forma como a família se estrutura constitui-se em fator decisivo na prevenção ou precipitação da dependência química (BRASIL, 2012).

Steinglass (1987) acrescenta que as famílias buscam estabelecer e manter um senso de equilíbrio, mas nem sempre esse equilíbrio é indicativo de interações saudáveis dentro da família. Os diferentes membros de uma família interagem estabelecendo uma cadeia e ações recíprocas, e o abuso de drogas necessariamente causará um tipo de repercussão no sistema familiar como um todo, e não somente para o abusador de drogas.

Dentro desta visão, o foco da intervenção está em gerar mudanças no comportamento, no funcionamento e na comunicação de seus membros. Entendendo ainda, que a mudança de uma pessoa na família pode mobilizar mudanças nas outras (MINUCHIN; FISCHMAN, 1990).

De acordo com o tipo de repercussão que ocorra dentro do sistema familiar, sabe-se que esta geralmente passará, segundo Krupnick (1995) pela fase da negação, do controle, da desorganização e da exaustão emocional. Destacando-se que os principais sentimentos da família que convive com dependentes, conforme Kaufmann (1982) são de raiva, ressentimento, descrédito, dor, impotência, medo, culpa, vergonha, desintegração e solidão diante da sociedade.

Dentro deste contexto que destaca a importância da participação da família como fomentadora de modificação do sistema familiar, ressalta-se a importância do resgate das suas potencialidades no que tange a afetividade no relacionamento, na abordagem e comunicação com o seu membro que se encontra sobre influência das substâncias psicoativas. Minuchin (1982) destaca a importância da participação da família, pois a mesma faz parte de um sistema relacional, e que qualquer mudança de um de seus subsistemas atinge o sistema familiar como um todo.

Como já foi comentada a importância da família sob perspectiva sistêmica e também as grandes contribuições geradas com a participação destas famílias no grupo multifamiliar, há

de se explorar a influência desta participação para a modificação das relações disfuncionais. Assim o familiar chega ao serviço do CAPS-ad com uma demanda de que o seu membro tem um problema gravíssimo e precisa recebê-lo curado.

Outro aspecto relevante é trabalhar esta família que busca ajuda para o seu membro, e inseri-la no processo de mudança. O trabalho reflexivo promovido pelo grupo oportuniza aos participantes a ampliação do foco de percepção, em que a família passa a perceber novas formas de interagir, novas formas de ser.

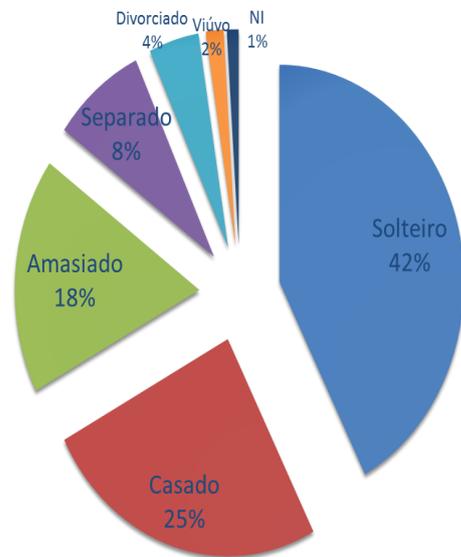
Dentro da perspectiva abordada, a inclusão do familiar é de extrema importância. Assim este observador passa a se perceber como parte do “problema” e se ele faz parte do “problema” logo faz parte da “solução”. A sua atuação não será mais focada no outro, mas nele mesmo e ao atuar sobre o observador que observa o mundo, estará também transformando o mundo que observa. A mudança foi no ser que observa o mundo. A forma de perceber foi modificada, ampliada (ECHEVERRÍA, 2005; 2012).

Sabendo que a família por si mesma é um instrumento de intervenção. Observou-se que a maioria das famílias citaram os benefícios advindos da efetiva participação do grupo multifamiliar. Também foram unânimes quanto à influência tanto negativa como positiva da interação familiar com reflexo no membro dependente podendo resultar tanto em adesão ao tratamento quanto no abandono do mesmo.

5.2 O perfil epidemiológico dos pacientes do CAPS –ad III da Ceilândia

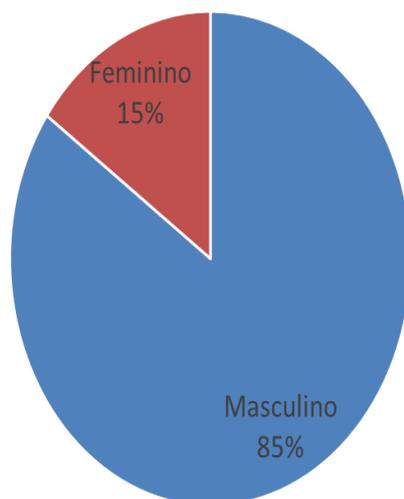
O perfil epidemiológico foi realizado pelos servidores deste CAPS no ano de 2014, com análise de 777 prontuários de pacientes ativos no tratamento. Foram pesquisados dados como profissão, sexo, moradia, escolaridade, religião, estado civil, recolhimentos, situação profissional, tipo de demanda, tempo que reside no DF, com quem reside, número de filhos, vínculos familiares, família disponível para o tratamento, e outros acompanhamentos na rede. Contudo, a análise e reflexão dos resultados privilegiará os dados pertinentes ao tema abordado em relação à importância da família no tratamento.

Gráfico 1- Estado civil



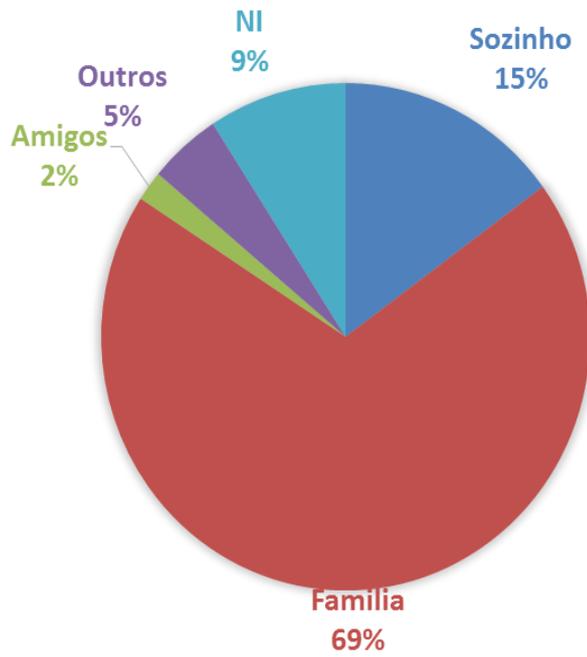
Fonte: Perfil epidemiológico realizado pelos servidores do CAPS-ad III da Ceilândia em 2014.

Gráfico 2- Sexo



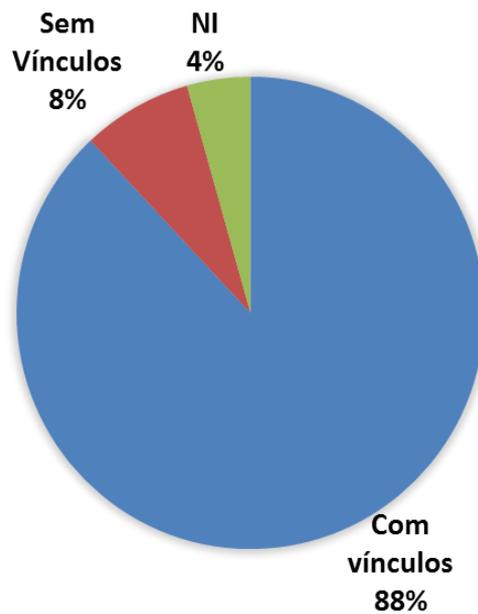
Fonte: Perfil epidemiológico realizado pelos servidores do CAPS-ad III da Ceilândia em 2014.

Gráfico 3- Com quem reside



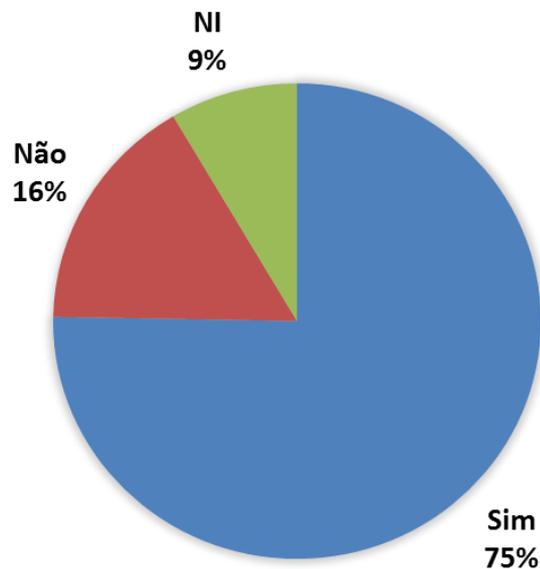
Fonte: Perfil epidemiológico realizado pelos servidores do CAPS-ad III da Ceilândia em 2014.

Gráfico 4- Vínculos familiares



Fonte: Perfil epidemiológico realizado pelos servidores do CAPS-ad III da Ceilândia em 2014.

Gráfico 5 –Família disponível para o tratamento



Fonte: Perfil epidemiológico realizado pelos servidores do CAPS-ad III da Ceilândia em 2014.

Observa-se que grande parte (56%) dos pacientes estão solteiros, separados, divorciados ou viúvos, e isto pode sinalizar dificuldade em vincular-se afetivamente, como também na manutenção do vínculo. Observou-se que as mães são a maioria na formação do grupo multifamiliar, e depois as esposas e, esporadicamente a presença de algum pai e muito raramente a figura de algum esposo ou de filho adolescente.

Segundo estudo de Souza et al (2006) alguns vínculos familiares são rompidos em decorrência do processo de dependência de substâncias psicoativas e na maioria dos casos os que ainda mantêm vinculações familiares estes vínculos são permeados por estresse e conflitos e tais famílias encontram-se desgastadas e desacreditadas, sendo que a rede familiar era a única com a qual o paciente poderia contar.

Ainda ressaltam a importância do serviço para promover intervenções que enfoquem o estabelecimento de vínculos saudáveis e duradouros e, no caso da família esta precisa urgentemente de suporte a fim de modificar a estrutura vulnerável, na qual as redes estão constituídas em decorrência de todas as consequências do processo de dependência das

substâncias psicoativas. Outro aspecto importante é o lugar que o CAPS aparece na vida dos usuários. Sendo que no estudo o CAPS mostrou-se a principal rede operante dentre as vinculações dos pacientes. Entende-se por rede operante como aquela parte da rede social com a qual o sujeito obtém apoio, ajuda material, serviços e contatos sociais (SOUZA et al., 2006).

Apesar de 69% dos pacientes morarem com a família, 88% mantêm vínculo familiar e destes familiares 75% se mostram disponíveis para o tratamento, estima-se que apenas, aproximadamente 2% participam deste grupo multifamiliar em discussão. Este fator aponta para uma lacuna a ser preenchida, de forma que a família possa ser também envolvida no tratamento para dependência química. Envolver a família no tratamento pode viabilizar a maximização dos fatores de proteção ao uso de drogas presentes na família e minimizar a influência dos fatores de risco deste ambiente, como por exemplo, as diversas barreiras comportamentais, afetivas e de comunicação.

Figlie (2004) mostra que 80% dos pacientes atendidos em um serviço ambulatorial tiveram melhor adesão ao tratamento quando seus familiares também eram atendidos, em relação aos pacientes que não tinham familiares vinculados ao serviço. Esses resultados apontam para a necessidade de envolver a família no tratamento como parte integrante no processo de mudança e ressocialização.

No entanto, se a participação da família pode agregar diversos benefícios ao seu meio, então porque ela se mantém ainda distante? Pode haver inúmeros fatores que talvez clarifiquem esta ausência ou distanciamento da família no tratamento, como por exemplo, questões pertinentes à família, barreiras ou dificuldades do próprio serviço. Neste sentido, algumas das dificuldades do serviço trata-se, por exemplo, da questão estrutural, de pessoal, e até mesmo de qualificação profissional.

Sabe-se que para atrair a família para o tratamento demanda-se tanto manejo técnico, como profissionais habilitados na abordagem familiar, além de necessitar de um ambiente apropriado e tempo para o atendimento. Assim nesta abordagem é necessário compreender e acolher a vivência dos familiares.

Desta forma, como fazer esta captação da família e como mantê-la aliada ao tratamento de seu membro? Observou-se que no grupo multifamiliar os participantes mais assíduos e mais ativos foram de alguma forma “atraídos” pelo serviço por meio de diversas ferramentas, tais como a abordagem do profissional durante o acolhimento do usuário, busca ativa por contato telefônico, visita domiciliar ou quando o paciente vai acompanhado por algum familiar durante o atendimento às consultas médicas ou psicológicas, e nestes casos os

profissionais realizam abordagem motivacional quanto a importância do envolvimento da família no tratamento.

Em relação à busca ativa as autoras Schrank e Olschowsky (2008) afirmam que esta estratégia demonstra um sentido de comprometimento e responsabilidade conjunta da equipe. Trata-se de um modo de estar com a família quando elas se apresentarem distantes do tratamento, ou com dificuldades no cuidado ou até mesmo quando a família não consegue conciliar seu horário com o do funcionamento do CAPS. Possibilita uma forma de expressar compromisso, de acolhimento das necessidades e dificuldades, ultrapassando a estrutura física das práticas assistenciais.

Observou-se também que os familiares que se mantêm por mais tempo no grupo multifamiliar foram vinculados através de atendimentos individuais, das visitas domiciliares e das buscas ativas. Devido demandas ocorridas durante o grupo, estas consultas são realizadas com foco em intervenção breve, em casos de conflitos familiares, exaustão emocional, etc. No geral são questões que demandam atendimento mais individualizado (focal).

O atendimento individual possibilita às pessoas envolvidas um contato mais direto e preciso, propiciando uma conversa resolutive das dificuldades encontradas pelos profissionais, ou familiares e usuários. Quando há necessidade de compreender atitudes, questionar alguma situação, ou seja, quando o assunto a ser abordado envolve a intimidade, a vida particular, é proposto o atendimento individual (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Neste CAPS, são ofertados recursos terapêuticos individual e em grupo, tanto ao paciente como também à família. Este procedimento corrobora com o pensamento das autoras Schrank e Olschowsky (2008), em que o atendimento individual revela uma prática terapêutica que possibilita uma atenção à família com a escuta e o acolhimento do sofrimento, o que oportuniza a promoção da saúde assim como, se constitui de uma estratégia para a equipe buscar a parceria da família, mostrando que o cuidado do usuário se faz com um trabalho conjunto entre equipe e família.

A visita domiciliar é entendida por este CAPS como uma estratégia de aproximação do serviço com o usuário em seu contexto, e por meio disto observar a prática à saúde, à atenção, ao atendimento e intervenção *in loco*. Estabelece, portanto, o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina a postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário. Volta-se, desta forma à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar (CUNHA; GAMA, 2012). Concernente à prática da visita domiciliar neste serviço é, na sua grande parte direcionada às demandas judiciais, limitações físicas ou agravos instalados, ficando uma grande demanda

reprimida por parte dos participantes do grupo multifamiliar. Observa-se que a demanda de visita domiciliar vem aumentando gradativamente, principalmente pelas diversas barreiras que dificultam ou impossibilitam este procedimento, tais como a falta de motorista e carência de profissionais.

Ressalta-se que outros instrumentos também podem promover a participação da família, destaca-se assim os eventos comemorativos como o aniversário do CAPS, o dia da luta antimanicomial, a confraternização de natal, e também a sua atuação efetiva em assembleias e em bazar. Estes procedimentos possibilitam uma aproximação do serviço e favorece uma vinculação da família com a equipe. Estes eventos se constituem em estratégias de vincular a família ao CAPS e, a partir desta aproximação, passar a envolver a família no tratamento do seu membro que carece de cuidados. Percebe-se, portanto que se essas ações fossem mais efetivas, possivelmente haveria um número mais expressivo da família no tratamento do dependente químico, pois ter a participação da família no tratamento é muito expressivo, principalmente por ela ser o principal agente de socialização do indivíduo e assim ela pode dar uma contribuição fundamental na recuperação e na reintegração social do dependente químico.

Concernente à participação da família no grupo multifamiliar, observou-se também que mesmo o usuário não participando do tratamento, mas a família estando imbuída no tratamento, sendo instrumentalizada, passou a influenciar os demais membros, inclusive o dependente químico. Essa influência repercutiu-se na forma de abordar o tema “drogas e tratamento”, também na orientação. Através da instrumentalização da família na sua interação comportamental, com foco em comportamentos pautados na autonomia e reconhecimento do outro, trabalhou-se a despatologização da linguagem, o que acarreta diminuição dos ruídos na comunicação familiar, e promove mais assertividade no diálogo, construindo com isso relacionamentos mais afetivos.

Contudo observou-se uma carência na abordagem familiar nos serviços especializados em dependência química, em sua maioria, necessitando de enfoque mais sistemático e ampliado de forma que contemple em suas práticas o contexto do usuário, principalmente sua família. Através desta percepção foi realizado um projeto multifamiliar para atendimento dos familiares usuários deste CAPS que será implementado a partir de 2015. Trata-se da ampliação das ações estratégicas de aproximação da família, como aumentar o número de busca ativa por telefone, aumentar as visitas domiciliares e atendimentos individualizados

conforme demandas do grupo, ações específicas nas datas comemorativas, e efetiva participação na direção das atividades do bazar, que serão realizadas trimestralmente.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu compreender a manifestação evidente da importância de envolver a família no tratamento de dependência química. De acordo com a participação como observadora no grupo multifamiliar observou-se que mesmo o usuário não participando do tratamento, mas quando um membro da família está imbuído, e sendo instrumentalizado, ele passou a influenciar os demais membros, inclusive o dependente químico. Essa influência repercutiu-se no sistema familiar principalmente na forma de abordar o tema “drogas e tratamento”, e também na orientação. O envolvimento da família repercutiu na interação comportamental, em que os comportamentos são pautados na autonomia e reconhecimento do outro. Também implicou na despatologização da linguagem, isso significa dizer que houve diminuição dos ruídos na comunicação familiar, e mais assertividade no diálogo, construindo com isso relacionamentos mais afetivos.

Envolver o dependente químico em um ambiente com uma comunicação pautada na autonomia e liberdade do outro é ter um terreno fértil à expressão deste ser, que se encontra muitas vezes mergulhado num vazio existencial, e ávido por ser ouvido. Desta forma a instrumentalização da família torna-se uma ferramenta que possibilita a livre expressão deste ser, pois busca-se no grupo multifamiliar trabalhar o respeito e dignidade pessoal.

Desta maneira a família que chegou ao serviço (grupo multifamiliar do CAPS-ad) procurando por “ajuda” para o seu ente passa por uma aprendizagem, sendo modificada a sua percepção. Esta família passou a se perceber como parte integrante da mudança, e o foco das interações desloca-se para as potencialidades e resgate de recursos mais produtivos dentro do sistema familiar, o que significa que esta família está atuando de forma autônoma, com poder de ação potencializado, em contraste com a paralisia trazida pelo medo e pela culpa em que carregavam enquanto buscavam ajudar o seu membro adoecido.

É importante destacar que o dependente químico faz parte de um sistema, e que este também precisa ser envolvido no tratamento do paciente de forma que se obtenha um resultado satisfatório, pois quando o sujeito tem o seu comportamento modificado necessitará de uma sustentação para sua reabilitação psicossocial, e a família é a mais eficaz rede de apoio do seu membro.

Dentro deste entendimento as abordagens familiares possuem a propriedade de auxiliar os profissionais a promover estratégias para auxiliar a família a resgatar competências e a

buscar mudanças em seu estilo de vida, visando um melhor funcionamento, comunicação, e maior autonomia de seus membros.

Tratar as famílias de dependentes químicos é uma necessidade uma vez que a família também adoece; o apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico; tanto o processo de adoecimento quanto a recuperação interfere na dinâmica familiar e por tal se faz necessário algum tipo de orientação, de suporte e apoio; e por fim, considera-se que a análise do contexto familiar e sociocultural na identificação de fatores de risco e de proteção é importante para subsidiar as ações de caráter preventivo ou de intervenção.

Neste estudo, por meio da revisão teórica, dos dados epidemiológicos, e da participação como observadora do grupo multifamiliar, percebeu-se, portanto que a família tem um importante papel protetivo e preventivo quanto ao uso de drogas, bem como se mostra muito significativa na adesão ao tratamento do paciente e por isso ela deve ser envolvida no tratamento o quanto antes possível.

Nesse sentido, é de suma importância a participação da família como protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação, inserida nas diversas atividades do CAPS. O envolvimento familiar com o serviço constitui-se de ações que podem possibilitar a construção de laços, em que o usuário e a família são escutados e acolhidos no sofrimento trazidos por eles. Assim, a partir desta reflexão, identificou-se que as atividades tais como atendimento individual, a visita domiciliar, a busca ativa e o grupo de família são estratégias efetivas de integração entre equipe, família e usuário. São, portanto, instrumentos facilitadores para o trabalho conjunto da família com a equipe, caracterizando-se como intervenções em movimento. Entende-se que estes recursos devem ser sistemáticos e contínuos na proposta de trabalho do CAPS, pois abrem uma porta singular para a convivência e a parceria entre equipe e família.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A.B; BOSI, M.L.M. **Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no município de Fortaleza.** Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p. 1103-1112, maio de 2009.
- ANTUNES, B. et al. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um Centro de Atenção Psicossocial: Relato de experiência. **Cienc Cuid Saúde**, v.11, n. 3, p. 600-604, jul./set de 2012.
- ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (AMAS). **Famílias de crianças e adolescentes: diversidade e movimento.** Belo Horizonte: Amas, 1995.
- ACKEMAN, N. W. **Diagnósticos e tratamento das relações familiares.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- BATERSON, G. **Steps to an ecology of mind.** New York: Chandler, 2000.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** Petrópolis: vozes; 2003.
- BOWEN, M. **Family therapy in clinical practice.** New York: Jason Aronson Ed, 1961.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social-** SENAD. DIEMEN, L.V; HALPERN, S.C; PECHANSKY,F. UFRGS. Brasília: SENAD, 2012.
- BRASIL. Portaria GM 336, 19 de fevereiro 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 26 nov. de 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do CAPS.** Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em jun.2014.
- CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** 13. ed. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CUNHA, C.L.F; GAMA, M.E.A. **A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde.** Assistência domiciliar- Atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, p. 336, 2012.
- ECHEVERRÍA, R. **Ontologia del lenguaje.** J.C. Chile: Sáez. 2005.
- ECHEVERRÍA, R. **Ética e coaching ontológico.** Rio de Janeiro: Qualitymark., 2012.

ELKAIM, M. **Las praticas de La terapia de red**. 2.ed. Barcelona: Gedisa, 1995.

FIGLIE, N. **O tratamento da família na dependência química**. Site álcool e drogas sem distorção ([www. Einstein.br/álcooledrogas/](http://www.Einstein.br/álcooledrogas/))/programa álcool e drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein. Acesso em: 26 de novembro de 2014.

FIGLIE, N.B; PILLON, S.C. Dependência química: novos modelos. In: FOCCHI, G. A; Leite, M. C; LARANJEIRA, R. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.

FIGLIE, N.B; MORAES, E. Abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. In: FIGLIE, N. B; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

FONSECA, F.J.S. **Abordagem psicoterápica de famílias-** sociodrama familiar. IV encontro psiquiátrico do hospital das clinicas. São Paulo, 1975.

GRASSANO, S. M. Da terapia familiar à terapia de rede. **Revista do Conselho de Psicologia**. CRP O8. ano 20, n.99, 2001.

HALEY, J. **Psicoterapia familiar**. Minas Gerais: Interlivros, 1979.

HALPERN, S.C. O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar. **Pensando famílias**, n.3, p. 120-125, 2001.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 2ª ed. Coleção pensamento humano. Petrópolis: vozes; 1990.

KAWAMOTO, E.E; SANTOS, M.C; MATTOS, T.M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo, E.P.U, 1995.

KAUFMANN y KAUFMANN. **The Family therapy of drugs and alcohol abuse**. New York: Gardner, 1982.

KOFMAN, F. **Metamangement – O sucesso além do sucesso: A nova consciência nos negócios**. 3.ed. São Paulo.Campus, 2004.

KOESTLER, A. **Jano**. São Paulo: Melhoramentos, 1981.

KRUPNICK, L. KRUPNICK, E. **Do desespero à decisão: como ajudar um dependente químico que não quer ajuda**. São Bernardo do Campo: Bezerra, 1995.

LARANJEIRA, R; JUNGERMAN, F; DUNN, J. **Drogas: maconha, cocaína e crack**. São Paulo:Contextos, 1998.

MARQUES, A.C.P. R; FURTADO, E.F. Brief interventions for alcohol related problems. **Revista Brasileira de psiquiatria**, n.26, supl. 1, 2004.

MARQUES, A.C.P. R; RIBEIRO. Usuário: abordagem geral. In: Laranjeira, R.; Oliveira, R.; Nobre, M.; Marques, W.B. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Associação Médica Brasileira. São Paulo, 2003.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINUCHIN, S. **Família, funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes médicas, 1982.

MINUCHIN, S; COLAPINTO, J. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artes médicas sul, 1999.

MINUCHIN, S; FISHMAN, H.C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas sul, 1990.

MORÉ, C.L; CREPALDI, M.A. O campo da pesquisa: interfaces entre a observação, interação e o surgimento de dados. In: **Conferência internacional do Brasil de pesquisa qualitativa/ NPF- Núcleo de Pesquisa da Família**. Taubaté: 2004.

NICASTRI, S. As drogas e seus efeitos. In: **prevenção do uso indevido de drogas**. Brasília: SENAD, 1999.

NICASTRI, S; MEYER, M. et al. **Cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas**. Vol. I. São Paulo: Atheneu, 2004.

OLIEVENSTEIN, C. **A vida do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1992.

PAYÁ,R.; FIGLIE,N.B. Abordagem familiar em dependência química. In: FIGLIE,N.B; BORDIN,S e LARANJEIRA,R. **Aconselhamento em dependência química**. 2ed. São Paulo: ROCA, 2010.

PAKMAN, M. **Desenhando terapias em saúde mental comunitária**: poética e micropolítica dentro e além do consultório. P.23-25 Nova perspectiva sistêmica,1999.

RAPIZO, R. **Terapia Sistêmica da Família**: da instrução à construção. 1ed. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 1998.

RAVAZZOLA, M.C.; BARILARI,S. e MAZIERES,G. A família como grupo e o grupo como família. In: Zimerman, D. e Osório,L.C (orgs). **Como trabalhamos com grupos**. p.293-3004. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RODRIGUES, T.M.M; ROCHA, S.S; PEDROSA, J.I.S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.3, p.44-47, jul-ago-set de 2011.

SENAD. **Atualização de conhecimentos sobre redução de da demanda de drogas**. Brasília: SENAD, 2002.

SENAD. **Seminário internacional de políticas públicas sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2004.

STANTON, M; TOOD, T.C. **Terapia familiar del abuso y addicion a las drogas**. Barcelona: Gedisa, 1988.

SCHENKER, M; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno da Saúde Pública**. v.20, n.3. Rio de Janeiro, Maio de 2004.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Ver Esc Enferm. USP**. V. 42 n.1, p. 127-134, 2008.

SILVA, E.A. Abordagens familiares. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**. v.2, Suplemento 1. ABEAD, Rio de Janeiro de 2001.

SOUZA, J; KANTORSKI, L.P; MIELKE, F.B. Vínculos e redes de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS-ad. **Revista eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)**. 2014.

STEIGLASS, P. Terapia Motivacional-Sistêmica para transtorno de abuso substâncias: um modelo integrativo. **Journal of Family Therapy**. V.31 n.2,2009.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. In: TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S; VILABOAS, A.L. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: instituto de saúde coletiva. p. 79-99, 2002.

VASCONCELLOS, M.J. **Pensamento sistêmico- o novo paradigma da ciência**. 3ed. Campinas: Papyrus 2003.

VASCONCELLOS, M.J. Pensamento Sistêmico novo-paradigmático: novo paradigmático, por quê? In: NUFAC/ Núcleo de Família e Comunidade do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. **Família e Comunidade-** v.1,n.1-São Paulo: Via Lettera,2004.