

# Inclusão de familiares de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas na atenção em saúde

*Inclusion of family members of people with needs resulting from the use of psychoactive substances in health services*

Helton Alves de Lima<sup>1</sup>,  
Isabel Bernardes Ferreira<sup>II</sup>

## Resumo

Este estudo tem como objetivo refletir sobre a inclusão dos familiares de usuários de álcool e outras drogas nos serviços de saúde, no contexto das proposições e diretrizes de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial. Parte-se da consideração de que os familiares desenvolvem no cotidiano, ações de cuidado de uma parcela significativa da população atendida pelos serviços e, com frequência, apresentam queixas e demandas derivadas da sobrecarga do cuidado. Aborda-se também a noção de codependência e o modo como este rótulo é atribuído aos familiares. Por fim, são apresentados parâmetros psicossociais para práticas que buscam desenvolver a solidariedade, a educação/orientação e o fortalecimento destes familiares enquanto estratégia de qualificação do cuidado integral de todo núcleo familiar.

**Palavras-chave:** Família; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Assistência à saúde mental.

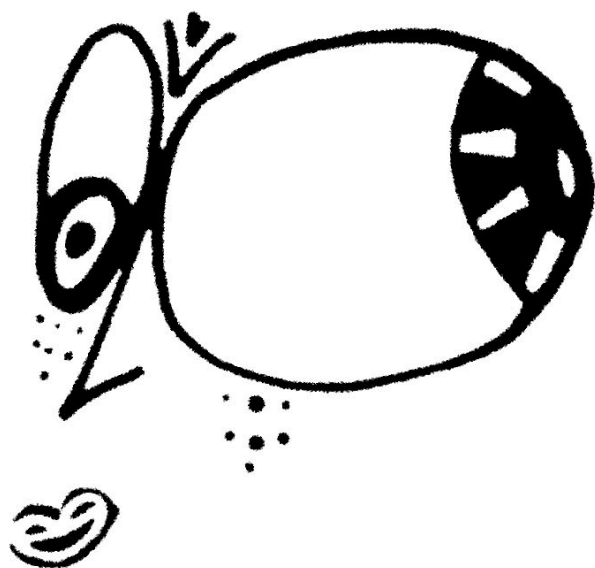
## Abstract

This study aims to reflect upon the inclusion of family members of alcohol and other drug users in health services, in the context of the proposals and guidelines of care of the Network of Psychosocial Care. It is based on the consideration that family members develop daily care actions for a significant portion of the population served by the services and often present complaints and demands derived from the overload of care. The notion of codependency and the way in which this label is attributed to family members is also discussed. Finally, psychosocial parameters are presented for practices that seek to develop solidarity, education/orientation and strengthening of those relatives as a strategy to qualify the integral care of each family unit.

**Keywords:** Family; Substance-related disorders; Mental health assistance

<sup>1</sup> Helton Alves de Lima (lima.helton@gmail.com) é psicólogo com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e Especialização em Saúde Mental e Dependência de Drogas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>II</sup> Isabel Bernardes Ferreira (belbernardes5@gmail.com) é Assistente Social, com Especialização em Dependência Química pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.



### Introdução

Os estudos que enfatizam o contexto familiar de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas têm apontado para a existência de vulnerabilidades psicossociais diversas, responsáveis pela manutenção de condições desfavoráveis que tendem a agravar, se não forem devidamente consideradas pelas equipes interprofissionais, a saúde de todo o grupo familiar<sup>3,12</sup>. Dentre estas condições, destacam-se o aumento das crises e dos conflitos entre os membros da família, com conseqüente enfraquecimento dos laços e possibilidade de rupturas relacionais, gastos financeiros relacionados à dívida de drogas e despesas de tratamento e/ou decorrentes da situação de desemprego do usuário, adoecimento associado a componentes psicoafetivos, negligência dos aspectos estruturantes da vida – como interesse na própria saúde e relações sociais – e abandono de projetos de vida pessoais e familiares<sup>3</sup>.

O foco na análise do contexto considera as dimensões socioculturais, políticas, materiais e afetivas implicadas na questão do uso prejudicial. Desta forma, problematiza e inverte o valor social amarrado à lógica proibicionista, que supervaloriza

a relação dual entre o usuário e a droga e, não raramente, coloca o peso da balança nesta última<sup>3</sup>, além do tipo de simplificação decorrente desta lógica, que minimiza a complexidade inerente ao desenvolvimento dos contextos de vida das pessoas consumidoras de drogas<sup>3</sup>. O conjunto de condições desfavoráveis e das dimensões que constituem a vida das pessoas viabiliza situações de adoecimento e práticas de cuidado domésticas<sup>4</sup> que traduzem a vivência de necessidades sociais e de saúde diversas<sup>8</sup>.

Por meio deste raciocínio, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas<sup>22</sup> propôs a construção de lógicas e práticas de cuidado que integrem o âmbito clínico da intervenção e a Saúde Coletiva, objetivando a diversificação de esforços e estratégias para a produção da integralidade. A Política reafirma, no seu modo de produção do cuidado, a centralidade na pessoa e em seu contexto de vida, orientando as ações para a identificação dos fatores de proteção e de risco presentes em todos os domínios de vida do usuário, como também, para o agenciamento de pessoas, instituições, políticas e recursos da comunidade enquanto subsídios para o enfrentamento das vulnerabilidades, na lógica do trabalho em rede<sup>22</sup>.

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088 de 2011, reafirmou-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política de Atenção Integral e a promoção do acesso de usuários e seus familiares aos diferentes pontos de atenção, bem como a participação ativa destes na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares<sup>23</sup>. Entretanto, nota-se a necessidade de reflexões e de subsídios teórico-técnicos que sustentem o repertório de atuação das equipes na construção de suas estratégias de inclusão de familiares. A inclusão de familiares no cuidado em saúde mental de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e/ou dos transtornos mentais é um desafio inerente à construção e qualificação da RAPS, que envolve questões políticas, mas também, culturais e formativas.

Este artigo se propõe a refletir sobre a inclusão dos familiares de usuários de álcool e outras drogas na produção do cuidado pelas equipes de saúde e explora dados relevantes para a compreensão da problemática e questões-chaves que insistem em atravessar o cotidiano da atenção, como a sobrecarga do cuidado, o senso comum do estereótipo da codependência e as práticas de inclusão de familiares no contexto da atenção psicossocial.

### *Aspectos relativos à sobrecarga do cuidado familiar*

A família tem sido compreendida como a fonte primária de socialização e aprendizagem e, através dela, transmitem-se um conjunto de crenças, valores, costumes, hábitos e dinâmicas relacionais. É sabido que a instituição “família” tem passado por transformações diversas, principalmente no que se refere a sua estrutura e composição<sup>37</sup>. Entretanto, no tocante aos papéis, tarefas e obrigações tradicionalmente a ela atribuídas, permanece a expectativa social em relação

ao cuidado, como, por exemplo, na vivência do papel de gênero, em que há centralidade feminina no cuidado da saúde do grupo familiar<sup>4</sup>. Esse fenômeno é observado no cotidiano dos serviços da Saúde Mental especializados no consumo prejudicial de álcool e outras drogas, em que as mulheres protagonizam responsabilidades, como buscar ajuda e apoiar o tratamento do familiar usuário e, com frequência, apresentam sobrecarga relativa à tarefa do cuidado<sup>32</sup>.

Nas condições de adoecimento psíquico e transtornos comportamentais (nas quais estão situadas os transtornos relativos ao consumo de substâncias psicoativas), a Organização Mundial da Saúde reconheceu a sobrecarga como fator impactante na qualidade de vida dos grupos familiares que convivem com pessoas acometidas por essas problemáticas<sup>26</sup>. A sobrecarga refere-se às vivências destes familiares que, ao assumirem o papel de cuidadores de um membro da família com necessidades de cuidado intensivo e/ou de longo prazo, enquanto um modo de reorganização do núcleo familiar para lidar com o problema apresentado, colocam suas necessidades e desejos pessoais em segundo plano e assumem tarefas a mais em relação àquelas já desempenhadas e/ou esperadas<sup>4</sup>.

A sobrecarga é conceituada a partir de duas dimensões: uma objetiva e outra subjetiva. A dimensão objetiva diz respeito às consequências negativas concretas e observáveis do cuidado, como as perdas financeiras, as perturbações nas rotinas dos familiares, as tarefas cotidianas adicionais (alimentação, finanças, frequência ao tratamento, etc.) e a ocorrência de comportamentos problemáticos e potencialmente embaraçosos que a família tem que lidar no cotidiano<sup>2</sup>. A dimensão subjetiva envolve as expectativas, crenças e valores familiares, sociais e pessoais que podem influenciar negativamente no estado de saúde e qualidade de vida dos cuidadores e reflete a

percepção ou avaliação pessoal do familiar sobre si e sobre a situação, enquanto fonte de pensamentos e sentimentos negativos de desamparo, tristeza e culpa, bem como, vergonha diante das pessoas, pela natureza do estigma relacionado aos transtornos mentais<sup>2</sup>.

No Brasil, uma pesquisa recente revelou que o familiar cuidador, ou seja, aquele que se responsabiliza por acompanhar, apoiar o tratamento, assim como responder às outras necessidades do membro da família com transtorno decorrente do consumo de álcool e outras drogas, com frequência são mães (46,5%), seguido por pais (13,2%), irmãos (12,6%) e esposas (11,2%). As mães são as que mais buscaram ajuda para os usuários (51%), principalmente após observarem comportamentos como agressividade e indiferença ou por presenciarem o consumo de alguma substância psicoativa e sintomas de intoxicação<sup>18</sup>. A procura por ajuda pautou-se principalmente na busca por recursos como a internação (21,5%), os grupos de ajuda mútua (13,9%), os profissionais autônomos de Psiquiatria (6,7%) e Psicologia (1%), bem como os recursos presentes nas próprias redes de suporte pessoais, como a religião (11%) e os parentes e amigos (7%). Entretanto, estes familiares buscaram pouco os serviços de saúde como hospital (2,2%) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) (2,6%). A média de tempo que levaram para realizar essa busca foi de 37 meses e esteve associada a dificuldades como o não reconhecimento do problema ou a não aceitação do tratamento por parte do usuário, ao desconhecimento sobre quais recursos assistenciais procurar, à falta de dinheiro e às situações de negligência familiar<sup>18</sup>.

Na vivência dessa situação, alguns aspectos de sobrecarga são observáveis nas finanças e na saúde em geral, relatados como os principais campos da vida dos familiares afetados pelo transtorno de uso de substâncias de um de seus

membros<sup>18</sup>. Ao buscarem ajuda, principalmente na internação, quase metade dos familiares dos entrevistados relataram que o ato afetou drasticamente as finanças da família (45,4%). Outros impactos negativos, além do gasto financeiro objetivo, foram relatados, como a redução da dedicação pessoal ao trabalho e estudo (58,5%), à vida social (47%), bem como, a presença de situações estressoras, como ameaças (12%), furtos no ambiente doméstico por parte do usuário (26%) e o pessimismo em relação ao futuro (29%)<sup>18</sup>.

A sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores também aparece associada a outros fatores presentes no cotidiano doméstico. Os conflitos familiares, com frequência, são precipitados pela observação e recriminação de alguns comportamentos do familiar usuário, como condutas de agressividade ou de passividade diante das demandas pessoais, familiares e sociais, como também, pela exigência de abstinência pelos membros da família, o que revela a presença de intensas expectativas que resultam em sentimentos de fracasso, desamparo e desesperança na vivência do familiar cuidador<sup>25</sup>.

Associa-se ainda à sobrecarga os sintomas ligados à ansiedade, à depressão e a outros problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos cuidadores<sup>20</sup>. O impacto da vivência desses sintomas tende a comprometer o desenvolvimento e a manutenção, pelos próprios familiares, de estratégias de enfrentamento adaptativas diante das situações de conflitos intensos, marcadas por sentimentos de desesperança e por vínculos afetivos enfraquecidos<sup>20</sup>.

Outro elemento que parece estar associado à sobrecarga é o fenômeno do estigma por associação e do criticismo público<sup>10</sup>. É possível acompanhar efeitos dos processos de estigmatização na subjetividade desses familiares, na medida em que atribuem para si uma marca negativa em suas biografias devido à presença de um usuário de

substâncias psicoativas em seu núcleo familiar, estimulando situações de isolamento social devido ao receio de que pessoas próximas tomem conhecimento da situação e das críticas e julgamentos que podem vir a receber, principalmente sobre seus comportamentos de ajuda e proteção ao usuário<sup>10</sup>.

O estigma, portanto, não só prejudica muitas pessoas com doença mental ou abuso de drogas ou ambos, mas também afeta os familiares destes indivíduos<sup>10,13,27</sup>. Um estudo populacional americano<sup>10</sup> constatou que o estigma relacionado aos familiares de pessoas portadoras de transtorno mental é menor do que aquele dirigido a quem possui usuários de drogas na família, que tendem a ser reconhecidos socialmente como responsáveis pelo aparecimento do transtorno de substâncias e pelas consequentes recaídas, além de serem avaliados como incompetentes no desenvolvimento de seus papéis parentais, estando mais propensos a serem evitados nas interações sociais, com um “estigma por associação”.

### Codependência e afetividade

Sabe-se que o consumo prejudicial de substâncias psicoativas e o adoecimento consequente podem ser reforçados na dinâmica das famílias, embora, ao mesmo tempo, isto possa causar um sofrimento importante a estas pessoas<sup>36</sup>. No início dos anos 40 nos Estados Unidos, com o surgimento dos grupos de mútua ajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA), as famílias passaram a integrar essas estratégias no papel de apoio familiar. Na época, as esposas eram as apoiadoras principais dos alcoolistas em tratamento e, por apresentarem comportamentos de excessiva dedicação ao cuidado e à recuperação desses, receberam o rótulo de codependentes. Esse rótulo englobava variados elementos constitutivos da vida destas mulheres, como: a dinâmica relacional estabelecida por elas e seus maridos – que

parecia circular em torno da temática do consumo do álcool principalmente –, seus comportamentos diante do uso de álcool do marido (vistos como permissivos), além do empobrecimento de suas relações interpessoais e o maior interesse dessas mulheres pelos problemas do cônjuge do que de suas próprias necessidades<sup>9,33,39</sup>.

Com a expansão dos grupos de apoio aos familiares na década de 1970, o termo codependência passou a nomear todos aqueles que estabeleciam uma relação afetiva e de convivência com o alcoolista, fossem esses mães, filhos, sobrinhos e amigos. Nesses grupos, a participação das mulheres era muito marcada e logo passou-se a associar a codependência ao sexo feminino<sup>7</sup>. O movimento feminista colocou criticou tal associação, questionando o modo como o termo codependência generalizava condutas diversas e promovia estigma sobre as mulheres, atribuindo a elas responsabilidades pelo adoecimento de seus familiares e, possivelmente, pelas consequências do consumo abusivo de substâncias, como as situações de violência doméstica<sup>16</sup>. A crítica do movimento feminista apontava que, para além de características pessoais, muitas destas mulheres mantinham-se nos relacionamentos por consequências sociais e políticas mais complexas.

Por sua vez, o foco na dinâmica do cuidado familiar passou a interessar profissionais da saúde, com destaque para aqueles engajados na teoria cognitivo-comportamental, que considera a existência comportamentos reforçadores do consumo e a cristalização de condutas nessas dinâmicas familiares, como o cuidado em excesso, a hipervigilância e o controle do outro pelo familiar cuidador<sup>30</sup>. Sem demora, o termo codependência adentrou o campo científico e começou a ser apropriado, definido e validado pela Psicologia, fabricando um sistema de classificação no qual um amplo conjunto de características pessoais e relacionais advogavam pela aceitação dessa condição por estes familiares<sup>15,35</sup>.

Se, por um lado, o “movimento” da codependência gerou um conjunto de características por meio das quais os familiares poderiam se identificar uns com os outros em situações de apoio mútuo, ou serem identificados pelos profissionais de saúde<sup>9,34</sup>, por outro lado, apontou para o fato de que todas estratégias de cuidado excessivo e de controle da pessoa e de seu consumo de drogas, com efeito, encobriam componentes psicoafetivos e de personalidade dos cuidadores, implicados no modo como estes estabeleciam suas relações interpessoais e vinculares<sup>16</sup>.

Para além do imperativo de tomada de consciência da sua codependência e conseqüente mudança comportamental, conforme observado na expectativa das propostas dos grupos de apoio mútuo, o que está em questão é a própria complexidade inerente à subjetividade e à dinâmica psíquica destes familiares<sup>16</sup>. Desde um viés psicanalítico, a relação entre o usuário e o cuidador tradicionalmente designada de codependência, com efeito, remete às estratégias de enfrentamento de necessidades muito singulares referentes à constituição psíquica de cada sujeito e que se misturam às relações por ele estabelecida<sup>16</sup>. Neste viés, o cuidado e a preocupação excessiva para com o outro, associado aos mecanismos de controle, está ancorado em perturbações presentes na formação do vínculo, que tem sua origem no desenvolvimento psicossocial, na constituição dos padrões de apego e na dinâmica psíquica caracterizada pela rigidez e obsessividade<sup>16</sup>. Desse modo, o sofrimento decorrente desta vivência relacional, em que se assume a posição enrijecida de cuidado, se entrelaça com a satisfação, o alívio e o prazer que essa posição fornece ao psiquismo e à identidade pessoal<sup>16</sup>.

Outro aspecto importante da questão é o apontamento de que existem, na biografia desses familiares cuidadores, componentes psicossociais ligados à vivência em suas famílias de origem marcados pela presença de barreiras

difusas no relacionamento entre seus membros, com baixos níveis de diferenciação e individualização entre eles, baixa autoestima, pouco controle emocional e sentimento invasivo de culpa<sup>16</sup>. Um exemplo é o fato de muitos desses familiares, desde a infância, assumiram papéis de cuidado e responsabilidades demasiadas para a faixa etária e/ou momento de vida em que se encontravam<sup>6</sup>.

Logo, é possível compreender que os estudos acerca da codependência têm um papel que evidencia aspectos geradores e mantenedores de sofrimento na vida desses familiares, embora seja importante não rotular esses sujeitos, engessando-os e/ou reduzindo-os a determinados papéis e características. A partir da perspectiva de estudos sobre a resiliência<sup>1</sup>, pode-se construir outros olhares e práticas para encarar a situação, ao se trabalhar com esses familiares a crença de que é possível aprender, mudar, desenvolver novas habilidades e aprimorar a comunicação, a autoestima e a responsabilidade, com base no desenvolvimento de características positivas. Ou seja, para mitigar o sofrimento dos familiares que vivem diariamente o problema do consumo de álcool e outras drogas, é importante reconhecer os recursos criativos que um grupo familiar possui e que pode utilizar em condições estressantes, previstas ou não, em todo o ciclo vital<sup>1</sup>.

### ***Estratégias de inclusão e participação da família baseadas em parâmetros psicossociais***

Na atualidade, um bom tratamento às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas compreende a escuta e o cuidado ao familiar, assim como o estímulo à participação ativa deste no processo de cuidado, para que se tenha melhor apreensão do contexto sociocultural e familiar e seus recursos, limites e potencialidades<sup>19,31</sup>.

No desenvolvimento da atenção psicossocial, a família possui centralidade, na medida em

que suas funções são requisitadas enquanto dimensão produtora de cuidados<sup>17</sup>. No campo da Saúde Mental, historicamente essa dimensão cuidadora ficou reduzida à prestação de informações sobre o surgimento e a manutenção do adoecimento às equipes dos hospitais psiquiátricos<sup>21</sup>; ou ainda, como foi visto, reduziu-se à co-dependência, num viés corretivo da relação entre o usuário e sua família. Esse tipo de lógica vem sendo desconstruída – não sem inúmeros desafios – a partir dos esforços teórico-técnicos e de militantes empregados na constituição do cuidado integral no Sistema Único de Saúde.

De modo geral, a relação entre cuidado e família no contexto da Rede de Atenção Psicossocial envolve, no mínimo, três norteadores: a inclusão participante da família que coletiviza e partilha saberes, práticas e sentidos singulares no desenvolvimento do cuidado, o acesso à informação e orientação sobre o processo saúde-doença-cuidado e o acolhimento e escuta das dificuldades e necessidades apresentadas pelos familiares<sup>7</sup>. Estes três aspectos se entrelaçam no cotidiano da atenção psicossocial, marcando uma diferença em relação à clínica baseada no sintoma e no recurso medicamentoso, como também, se distingue em relação ao lugar tradicionalmente atribuído à família nesse campo, o de vítima ou culpada pelo adoecimento psíquico de um de seus membros<sup>21</sup>.

É importante reforçar que a atenção psicossocial desenvolve suas estratégias a partir do contexto de vida dos usuários e busca ampliar e qualificar as redes sociais destes por meio das trocas sociais efetivas, direcionadas para a reversão dos fatores de exclusão que impedem o exercício pleno da cidadania<sup>28</sup>. A centralidade na família em toda sua complexidade, assim como preconiza a Estratégia Saúde da Família, é entendida na atenção psicossocial como um dos princípios do cuidado e da reabilitação psicossocial<sup>21</sup>. A atenção das equipes aos familiares, portanto, é imprescindível,

tendo em vista as necessidades apresentadas no desenvolvimento do cuidado familiar<sup>21</sup>.

A relação estabelecida entre o usuário e sua família é apontada como um fator a ser trabalhado pela equipe, na medida em que se possibilita a ressignificação de diferentes aspectos da vida e a inclusão social<sup>29,32</sup>. As relações interpessoais destes usuários são permeadas por vínculos frágeis e por preconceitos e rótulos associados à representação social do usuário de drogas: geralmente a quem as pessoas próximas atribuem a causalidade pelos sentimentos de raiva, rancor, vergonha e culpa, devido às discussões e humilhações em diferentes situações do cotidiano e devido ao afastamento, exclusão e marginalização<sup>32</sup>. Nesse sentido, a inserção da família no cuidado tem por objetivo trabalhar esse conjunto de crenças, expectativas e atitudes geralmente associadas a uma interação baseada em conflitos e na desqualificação da identidade do usuário<sup>32</sup>; ao mesmo tempo em que se tenta reduzir fatores associados ao desejo e/ou à necessidade de internação prolongada enquanto recurso principal do cuidado, visando melhorar as competências do cuidado em contexto domiciliar e aquelas ligadas ao desenvolvimento da vida pessoal<sup>24</sup>.

A família, assim como os amigos e a comunidade, é considerada parceira e parte constituinte da rede de apoio que compartilha a responsabilidade pelo cuidado com o usuário e a equipe<sup>29,32,33,38</sup>, utilizando combinados e negociações que contemplem diferentes aspectos da situação e possibilidades dos envolvidos<sup>24</sup>. Entretanto, a corresponsabilização e a continuidade do cuidado não estão dadas ou definitivamente conquistadas, mas dependem, em grande parte, de um esforço integrador das equipes em reconhecer os desejos, dificuldades e saberes dos familiares, por meio do qual a escuta, o acolhimento, o apoio e a orientação têm papel central, enquanto bases para a construção vincular<sup>33</sup>. E isso se dá ampliando as possibilidades de

troca, acolhimento e comunicação<sup>21</sup>, superando a tendência ambulatorial que encerra as possibilidades de comunicação na agenda do serviço e da oferta de ação com dia e hora marcada<sup>5</sup>.

Na construção de vínculos, a solidariedade e o apoio têm papel fundamental, já que a família não é reconhecida apenas como uma rede de apoio ao usuário, mas como pessoas que vivenciam necessidades diversas<sup>5</sup>. Antes de significar apenas um artifício que visa melhorar a efetividade de um serviço especializado, a construção do vínculo entre equipe e familiares tem como tarefa o exercício da cidadania, de forma a garantir a integralidade do cuidado de todo o grupo doméstico por meio do acolhimento das necessidades apresentadas, do direito à convivência familiar e do fortalecimento dos vínculos<sup>21,29,38</sup>. Uma equipe que atua de forma “integrada” com os usuários e seus familiares tende a ser melhor reconhecida por esses<sup>32</sup> que passam a se sentir cuidados em suas necessidades<sup>21</sup>, já que a sobrecarga vivenciada pelos familiares é atenuada pelo desenvolvimento de estratégias acolhedoras e de enfrentamento das situações objetivas, como o suporte social, o apoio e a orientação<sup>4</sup>.

Tais estratégias são desenvolvidas pelas equipes e protagonizadas pelas diferentes categorias profissionais, por meio de grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, visitas domiciliares e busca ativa de familiares pouco presentes no cuidado<sup>19,21</sup>. Especialmente no caso dos grupos desenvolvidos no contexto dos serviços de saúde, esses devem buscar descentralizar o atendimento focado na queixa do sintoma para que outros eixos estruturantes do processo saúde-doença possam ser considerados, principalmente aqueles ligados à promoção da saúde, agregando, assim, em sua oferta, informações qualificadas sobre o processo saúde-doença-cuidado e o estímulo à interação afetiva, participativa e solidária que possibilitam um cuidado baseado na escuta, no acolhimento, na troca, na solidariedade e nas

possibilidades sempre singulares de modificação de estilos de vida dos participantes<sup>14</sup>.

Para finalizar, os grupos de familiares têm sido modelados na perspectiva da oferta de ações de apoio e de educação em saúde, com uma tendência geral de composição multifamiliar, ou seja, com a presença de familiares de diferentes usuários<sup>19</sup>. Essa opção tem revelado seu potencial na medida em que a oferta de suporte, ao se conformar em estratégia de apoio e ampliação de rede sócio relacional, reconstrói espaços de sociabilidade que facilitam a interação, a troca de experiências, a solidariedade e a partilha de narrativas de sofrimento e desorientação que acompanham o cotidiano de muitos familiares, possibilitando a construção de ações de cuidado sobre fatores que vulnerabilizam e fragilizam diferentes aspectos de suas vidas<sup>19</sup>.

### Considerações finais

O desenvolvimento do cuidado integral previsto na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas envolve a construção de estratégias que consideram o contexto de vida dos usuários e a centralidade na família. No caso das problemáticas atravessadas pelo consumo prejudicial de substâncias psicoativas, as necessidades sociais e de saúde são múltiplas e estão associadas ao comprometimento da qualidade de vida de todo grupo familiar e de suas competências para o cuidado. A sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores têm facetas diversas que devem ser exploradas pelas equipes, não só em seu viés subjetivo, mas objetivo, tendo em vista que estes dois componentes se afetam mutuamente, produzindo desfechos negativos relacionados à sobrecarga do cuidado. Dito de outro modo, a escuta das dificuldades e das potencialidades da família que vivencia tal situação é fator de fortalecimento da dimensão cuidadora por ela exercida, por meio do apoio, da solidariedade, da cooperação e



da integração com as equipes de saúde, com os recursos comunitários e das políticas públicas.

O rótulo da codependência atribuído aos familiares foi e ainda é carregado de preconceitos e reducionismos. O modo como seu foco recai exclusivamente em um aspecto da vida desses familiares (a relação dita disfuncional entre eles e o membro usuário) pode gerar um preconceito ainda maior sobre a família e uma inobservância das necessidades por ela apresentadas e do exercício de sua cidadania. É evidente a contribuição das dinâmicas familiares e geracionais para a manutenção de um modo de consumo prejudicial e problemas decorrentes, entretanto, isso não deve se tornar um fator de desconsideração da família enquanto campo constitutivo das relações sociais e de inclusão do ponto de vista do cuidado e da cidadania. As atitudes e crenças familiares não são resultados de um simples modo codependente de existir, mas estão relacionados a fatores psicoafetivos, culturais e sociais diversos, tendo em vista que a família não está dissociada do contexto macrossocial e, sim, partilha de todas as contradições e formas de discriminação presentes em nossa sociedade. A família se modifica ou se fortalece no acesso à informação, ao cuidado e aos demais direitos sociais.

Portanto, a inclusão de familiares no cuidado em Saúde Mental de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e/ou dos transtornos mentais é um desafio inerente à construção e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial. Por se tratar de um desafio, é possível reconhecer nela a existência de um campo complexo que envolve questões históricas, culturais, técnicas e políticas e que influenciam o modo como as equipes interprofissionais compreendem esses familiares (como sujeitos de direito ou como culpados e/ou vítimas do adoecimento) e com eles constroem relações inclusivas e colaborativas ou indiferentes e evasivas. Ao debruçarem-se sobre

esse tipo de desafio num viés exploratório e problematizador de suas práticas, as equipes podem experimentar uma potência de ampliação e qualificação de seus repertórios técnicos e políticos favoráveis à construção de boas práticas.

#### Referências

1. Amato TC, Ronzani TM, Noto AR. Resiliência: contribuições das evidências científicas para a construção do conceito. In: Silva EA. Vulnerabilidades, resiliência, redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Editora Red Publicações; 2015. p.171-180.
2. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jorn Bras Psiq.* 2005; 54(1):34-46.
3. Barnard M. *Drugs in the family: The impact on parents and siblings.* Glasgow: Joseph Rowntree Foundation, University of Glasgow; 2005.
4. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev Psiq Clín.* 2007; 34(6):270-277.
5. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich JQ, Souza AS et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Text Cont Enferm.* 2009; 18(1):131-139.
6. Bortolon CB. Funcionamento familiar e questões de saúde de associados com codependência em familiares de usuários de drogas. *Ciê. Saúde Col.* 2016; 21(1):101-107.
7. Calábria OP. Dependência química e liberdade: a filosofia e o tratamento da codependência. *Rev Interações: Cult e Comu.* 2007; 2(2):65-79.
8. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2001.
9. Cermak TL. Diagnostic criteria for codependency. *Journ Psych Drugs.* 1986; 18(1):15.
10. Corrigan PW, Miller FE, Watson AC. Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journ Fam Psycho.* 2006; (2)239-246.
11. Dear GE, Roberts CM. Validation of the holyoake codependency Index. *Journ Psycho.* 2005; 139(4):293-31.

12. Effective Interventions Unit. Supporting families and carers of drug users: a review. edinburgh: effective interventions unit, Edinburg: Scottish Executive; 2002.
13. Ferreira GCL, Silveira PS, Noto AR, Ronzani TM. Estigma internalizado e suporte social: uma revisão sistemática. *Est. Psico.* 2014; 19(1):1-88.
14. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivos na promoção da saúde. *Physis Rev Saúde Col.* 2010; 20(4):1119-1142.
15. Fischer J, Spann L, Crawford D. Measuring codependence. *Alcohol Treat Quarterl.* 1991; (8):87-100.
16. Humbert LV. Relacionamentos aditivos, um estudo psicanalítico [tese de doutorado]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2014.
17. Jorge MSB, Pinto AGA. Adoecimento mental e família: representações e subjetividades. In: Trad LAB. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
18. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS. Levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2012.
19. Lima HA, Mângia EF. Estratégias grupais voltadas aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas: uma revisão narrativa. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015; 26(2):294-300.
20. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Belasco A, Barbosa DA. Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. *Acta Paul. Enferm.* 2012; 25(2):7-12.
21. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(4):761-765.
22. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
23. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
24. Nasi C, Oliveira GC, Lacchini AJB, Schneider JF, Pinho LB. Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack. *Rev Gaúch Enferm.* 2015; 36(1):92-97.
25. Oliveira EB, Mendonça, JLS. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. *Online Brazil Jour Nurs.* 2012; (11):1840-1841.
26. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
27. Ostman M, Kjellin, L. Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *Brit Journ. Psych.* 2002; 181:494-498.
28. Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev Psiq Clín.* 2008; 35(1):82-88.
29. Pedrosa SM, Reis ML, Gontijo DT, Teles SA, Medeiros M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(5):899-906.
30. Rotunda R, West L, O'Farrel T. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients an their partner. *Journ Subst Abuse Treat.* 2005; 26(4):269-279.
31. Schenker, M. Valores familiares e uso abusivo de drogas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
32. Silva BLC, Araújo AP, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Queiroz D. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2012; 14(4):61-68.
33. Silveira EAA, Oliveira PP, Correio PM, Santos WJ, Rodrigues AB. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. *Journal of research: fundamental care online.* 2016; 8(2):4347-4364.
34. Sobral CA, Pereira PC. A codependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. *Rev Fafibe On-Line.* 2012; 5.
35. Teichman M, Basha U. Codependency and family cohesion and adaptability: changes during treatment in a therapeutic community. *Subst Use Misuse.* 1996; 31(5):599-615.
36. Trad S. Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In: Trad LAB [organizadora]. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p.179-198.
37. Trad LAB. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: Trad LAB [organizadora]. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p.27-50.
38. Varela DSS, Sales IMM, Silva FMD, Monteiro CFS. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(2):296-302.
39. Young E. Co-Alcoholism as a disease: implications for psychotherapy. *Journ Psych Drugs.* 1987; 19(3):257-268.