

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Curso de Enfermagem

Priscila Cristina da Silva

CODEPENDÊNCIA: UM MODO DE VIVER DO SOFRIMENTO

I

São Paulo
2015

Priscila Cristina da Silva

CODEPENDÊNCIA: UM MODO DE VIVER DO SOFRIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof^a Ms. Fúlvia Rodrigues de Sousa Torrezan, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

**São Paulo
2015**

Priscila Cristina da Silva

CODEPENDÊNCIA: UM MODO DE VIVER DO SOFRIMENTO

São Paulo, ____ de _____, de 2015

Professor Orientador (colocar o nome)

Professor Examinador (colocar o nome)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Carlos Eduardo Nunes, meu companheiro de sempre, a nossa história daria um belo livro. Obrigada pelos braços ofertados nos momentos de angústias e dúvidas.

Minha sogra Raquel, por ter fé, por sempre acreditar que é possível vencer por mais que a esperança seja mútua; que temos que tentar e tentar sempre.

Aos meus Filhos Ana Clara e Guilherme, certamente vocês tiveram muita responsabilidade nesta nossa jornada, é por vocês que luto por dias melhores, quero passar um bom exemplo, e ser motivo de orgulho em suas vidas. Razão do meu viver.

AGRADECIMENTO

Primeiramente, aquele que foi fonte de luz e energia durante a minha caminhada, pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada. É a ti Senhor que agradeço por ter me permitido dar mais este passo na caminhada da vida.

Aos meus pais, por terem me dado condições de existência e ter chegado até aqui, em especial a minha mãe amada, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Obrigada por tudo que já fizeram por mim;

Aos meus irmãos, por sempre que eu precisei me estenderam as mãos.

Ao meu Conjuge, amigo Carlos Eduardo, que está comigo em cada passo de minha vida, mesmo com seus problemas, e eu estando certa ou errada sempre esteve me apoiando, motivando e me ensinando a ser uma pessoa melhor. Meu eterno agradecimento. Você mudou minha vida, agradeço pelos momentos de felicidade, de compreensão e por fazer parte desta história, temos a certeza que juntos venceremos mais esta batalha.

Aos meus filhotes Ana Clara e Guilherme que conclui junto comigo mais esta jornada. Sei que pedir perdão pela cara amarrada, pela falta de paciência, pela falta de um abraço ao adormecer de cada um, pelas vezes que exausta ou mesmo em que estava na conclusão deste, não irá trazer o tempo de volta, mas quero que saibam que é por vocês que busco forças para alçar voo e vencer os desafios que a vida nos apresenta. Obrigada a essas coisas lindas que se fizeram presentes nos momentos mais angustiantes, dando cor e mais vida há minha vida.

Aos meus sogros Paulo Nunes e Raquel Dubovick, pelo incentivo que sempre me deram, em especial para Dona Raquel, por sempre me transmitir palavras de coragem, apoio, por ser guerreira, pois viver com a dependência química por parte de alguém que se ama não é nada fácil, sentimos na pele o que é isto.

À Ms. Fulvia Rodrigues de Sousa Torrezan, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser esse trabalho. Nossas conversas durante e para além dos grupos de estudos foram fundamentais. Desejei a sua participação neste trabalho desde o princípio. Obrigada pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

*"Não importa aonde você parou...
Em que momento da vida você cansou...
O que importa é que sempre é possível e necessário
"Recomeçar".
Recomeçar é dar uma chance a si mesmo...
É renovar as esperanças na vida e o mais importante...
Acreditar em você de novo."*

Carlos Drummond de Andrade

SILVA, Priscila Cristina. Codependência: Um Modo de Viver do Sofrimento. 2015. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

O uso abusivo de drogas psicoativas consiste num evento presente nas diversas partes do mundo; os estudos iniciais colocam geralmente seu foco apenas no dependente químico, porém conviver diretamente com uso abusivo de drogas faz com que membros da família vivenciem dificuldades ao lidar com essa problemática. Ao visualizarmos a família como parceira do tratamento do dependente químico, precisamos atentar para as necessidades e dificuldades desse grupo e para seu adoecimento. Esse trabalho tem por objetivo identificar as características emocionais de um codependente que convive com o dependente químico e apresentar as abordagens terapêuticas, realizadas pelo Enfermeiro. Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que foi desenvolvida por meio de material elaborado em livros, artigos, teses, dissertações e publicações digitais. Os resultados mostram que a codependência se inicia quando uma pessoa, numa relação comprometida com um dependente, tenta controlar seu comportamento na esperança de ajudá-lo e como consequência dessa busca mal sucedida de controle das atitudes do próximo, a pessoa acaba perdendo o domínio sobre seu próprio comportamento e vida. Os principais sentimentos presentes na vida destes são: raiva, ressentimento, dor, medo, culpa, vergonha, baixa autoestima, negação, decepção. As ações do Enfermeiro devem estar focadas na promoção da saúde mental e na prevenção de patologias que possam surgir devido ao estresse vivenciado, devendo estar preparado para perceber sinais e sintomas e atuar junto aos mesmos, desenvolvendo funções técnicas, realizando funções de socializador e terapeuta. Conclui que dependência química em um dos familiares causa consequências danosas, provocando rupturas e desorganização das relações interpessoais, com consequente prejuízo na qualidade de vida e na saúde daqueles que convivem. O enfermeiro deve resgatar a família como unidade que cuida, mas que também precisa ser cuidada e, dentro dessa perspectiva, estar preparado para perceber sinais e sintomas de codependência e atuar junto aos mesmos.

Palavras chaves: Transtornos Relacionados ao uso de substâncias. Família. Dependência. Relações familiares. Enfermagem.

Silva, Priscila Cristina. Codependency: A way of life of suffering. 2015. 63f. Monography presented to nursing degree – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

The abuse of psychoactive drugs is an event present in various parts of the world; initial studies put its focus only on usually chemical dependent, but mingle directly with drug abuse causes family members experience difficulties when dealing with this problem. To help us visualize the family as a partner dependent chemical treatment, we need to pay attention to the needs and difficulties of that group and to his illness. This work aims to identify the emotional characteristics of a codependent that coexists with the chemical dependent and present the therapeutic approaches, performed by the Nurse. It is an integrative literature review, which was developed through the material elaborated in books, articles, theses, dissertations and digital publications. The results show that the Codependence begins when a person in a relationship compromised with one dependent, tries to control its behavior in hopes of helping him and as a result of the unsuccessful search of attitudes of the next control, the person ends up losing dominion over their own behavior and life. The main feelings present in the life of these are: anger, resentment, pain, fear, guilt, shame, low self-esteem, denial, disappointment. . The actions of the Nurse must be focused on the promotion of mental health and prevention of diseases which may arise due to stress experienced and should be prepared to notice signs and symptoms and act along the same, developing technical roles, performing socializing functions and therapist. Concludes that chemical dependency in one of the family cause harmful consequences, causing disruption and disorganization of interpersonal relationships, with the consequent loss in quality of life and health of those who cohabit. The nurse must rescue the family as the unit that cares, but which also need to be cared for and, in this perspective, be prepared to know signs and symptoms of Codependence and act with the same.

Keywords: Disturbances related to substance use. Family. Dependency. Family relationships. Nursing

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Objetivo Geral	13
1.2 Objetivos Específicos.....	13
2 METODOLOGIA.....	13
2.1 Tipo de Estudo.....	14
2.2 Delimitação das fontes de informação.....	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Conceituando Dependência Química.....	16
3.2 Codependência.....	21
3.2.1 Conceito e Etiologia	21
3.2.2 Características presentes no codependente	23
3.2.3 Codependência na Família	29
3.3 Tratando a Codependência.....	32
3.4.1 O Grupo Terapêutico como recurso no tratamento da codependência.....	37
3.4.2 Grupos Terapêuticos em Serviços Especializados.....	39
3.4.3 Grupos de Mútua Ajuda	41
3.5 Atuações do Enfermeiro.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSOES.....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas e a realidade mostram que a maioria dos usuários dependentes de drogas continua morando com sua família de origem, sendo, geralmente, sustentados por ela.

O dependente químico passa a depender cada vez mais da família e reúne todos a sua volta, por outro lado, a família precisa encarar as mudanças, já que a crise congela o tempo e desvia a atenção daquele momento de mudança e de situações potencialmente dolorosas, que precisam ser revistas. A família, ao ter que cuidar do dependente químico, adia esse momento, seja temporária ou definitivamente. A maioria dos familiares tenta resolver os problemas sem pedir ajuda a ninguém. Envergonhados, evitam os amigos. Obcecados, passam a seguir o dependente, numa tentativa desesperada de evitar o seu contato com as más companhias, que sem saída, submetem-se a humilhações. Porém, o caminho solitário não leva a nada. O preço a pagar é que a família coloca-se como refém e vítima do usuário, vivendo a vida dele e em função dele, e assim, ficam todos envolvidos, lidando com a culpa e acusações mutuas. Estas famílias veem-se fragilizadas e ficam a procurar onde erraram. Surgem assim, dois dependentes: a família e o dependente químico.

Devido à complexidade desta relação, a família pode desenvolver a codependência. Diante destas questões, busca-se resposta. Qual impacto que a dependência química causa na dinâmica familiar? Qual o sentimento da família com relação ao uso de drogas pelo dependente químico em questão? Quando a família reconhece que necessita de um tratamento? E, quais as abordagens terapêuticas realizadas pelo enfermeiro nesse tratamento?

O consumo de drogas psicoativas pode ser considerado uma forma de percepção e expressão da pessoa em si mesma, envolvendo relações que incluem os outros e o ambiente em que vive (MORAES *et al.*, 2009).

O problema do abuso e dependência de drogas na atualidade corresponde a um desafio de abrangência mundial, envolvendo diversos setores, uma vez que diz

respeito a toda a sociedade, e não apenas ao usuário de drogas, caracterizando-se, portanto, como um problema social e de saúde (PRATTA; SANTOS, 2006).

A palavra droga, no sentido científico do termo, designa todo e qualquer medicamento. São muitas as definições de droga encontradas na literatura. Entretanto, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga corresponde a qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Pratta e Santos (2006) citam que, o consumo de drogas sempre existiu, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, o que os diferem é que o consumo e sua relação com o homem acompanham a evolução da humanidade ao longo dos séculos, passando de um uso ritualístico, com objetivo de transcendência na antiguidade, para o consumo contemporâneo de busca de sensações prazerosas, alívio do desconforto físico e mental, e alívio das pressões sociais e familiares.

ORTH e MOREÉ (2008) afirmam que a perda do controle sobre o uso de determinadas substâncias psicoativas, em razão da necessidade psicológica e/ou física da mesma, irá desencadear a dependência química que conforme a definição da OMS pode ser considerada uma doença que, como qualquer outra, pode ser tratada e controlada.

Ao tratar a dependência química como doença, temos de refletir sobre as consequências deste tipo de abordagem, uma doença não é algo que se adquire voluntariamente, não é uma escolha. As pessoas em geral veem o dependente químico como uma pessoa sem caráter, que não para de usar a droga porque não quer, ou por ser uma pessoa abúlica (DRUMMOND, 1998).

O sofrimento com o uso de substâncias psicoativas afeta de maneira mais importante além do próprio usuário, as pessoas mais próximas a ele, a sua família, ou seja, os codependentes, que podem tomar iniciativas para mudar, porem, por vezes, ilusórias. Esse codependente é o parceiro indissociável do dependente químico que, ao expressar desejo de ajudar, deve ser chamado a participar do tratamento, pois constitui um recurso importante pelo poder que exerce sobre o

conjunto de relações na quais o dependente químico é o elemento central (JUNIOR, 2010).

Zampieri (2004) refere que o termo codependente pode ser definido como um transtorno emocional característico de familiares ou pessoas que convivem diretamente com os dependentes químicos, de jogadores patológicos e portadores de transtornos de personalidade. Nesse transtorno observa-se um conjunto de padrões de conduta e pensamentos patológicos que, além de compulsivos, produzem sofrimento.

A vida se torna incontrolável e como forma de defesa o codependente desenvolve seu próprio estilo de vida, modificando sobremaneira o seu modo de se relacionar consigo, com a pessoa problemática e com as demais pessoas de seu convívio familiar, social, e profissional e aos poucos vão se ajustando ao estilo de vida do dependente (MORAES, 2008).

Desinformação e vergonha provocam a necessidade de esconder o problema de vizinhos e parentes, os sentimentos são proibidos e acabam dominando a vida deste codependente. As relações ficam desgastadas, há brigas constantes, desconfianças, mentiras, sentimento de impotência por não saber como auxiliar o dependente químico, ou ao perceber que o seu amor e cuidado não são suficientes para que este deixe de fazer uso da substância da qual é dependente, conjunto este que torna a convivência familiar caótica, e como consequência, agrava o quadro de dependência e o descontrole familiar (DEHOUL, 2011).

O convívio com o dependente químico acarreta nos familiares codependentes uma doença emocional muito grande, é um amor destrutivo, pois cria sentimentos de culpa, amargura, raiva, e obviamente não leva a felicidade, não proporciona paz (ROCHA, 2011).

A mudança da rotina e dos sentimentos destes familiares faz com que eles adoeçam psicologicamente, sendo necessário que o familiar também se trate, e ao mesmo tempo, receba orientações a respeito de como lidar com o dependente químico, como lidar com seus sentimentos em relação ao dependente, o que fazer o que não fazer, e sobre como proteger a si e aos demais membros da família de problemas emocionais causados pela dependência química.

Dehoul (2011) cita que entender o comportamento familiar é muito importante para um atendimento maior da questão da dependência e da sua abordagem. Tendo uma visão de que o abuso e a consequência da dependência de drogas indicam uma dinâmica familiar comprometida, compreendendo o fato de não estar apenas abordando o indivíduo que se droga, mas um sistema familiar no qual a dependência química de um de seus membros é um de seus fatores.

Lopes e Luis (2005) e Spricigo e Alencastre (2004) concordam que o enfrentamento dessa problemática é um desafio que está posto para os enfermeiros do século XXI, pois são os que mantêm contato maior com os usuários dos serviços de saúde, estando os dependentes de drogas e seus familiares inclusos nessa clientela. Segundo os autores, os enfermeiros precisam saber lidar com tais agravantes, com segurança, conhecimento e liderança para o encaminhamento das questões e as tomadas de decisões em diferentes âmbitos, bem como, conduzir sua equipe.

O enfermeiro, ao prestar assistência ao dependente químico deve também estender sua atenção aos familiares e, dentro dessa perspectiva, estar preparado para perceber sinais e sintomas de codependência e atuar junto aos mesmos, lidar com o sofrimento mental remete as pessoas a refletirem sobre diversos aspectos emocionais, sociais, culturais e espirituais que se apresentam no dia a dia e que interferem na experiência individual e profissional dos envolvidos (ROSENSTOCK, 2010).

Canavez (2011) refere que na questão da dependência química é imprescindível conhecer os diversos aspectos que interferem na vida dos familiares do dependente químico para que se possa prestar uma assistência de enfermagem mais completa e efetiva. Dedicar-se a essa temática é tarefa de inquestionável relevância, pois exige responsabilidade, treinamento e, sobretudo conhecimento científico.

Assim, surge a necessidade de profissionais habilitados para instrumentalizar as famílias e os dependentes químicos durante o manejo com a dependência química inserindo ambos no plano terapêutico (OLIVEIRA *et al.*, 2012.).

1.1 Objetivo Geral

Identificar na literatura as características emocionais de uma pessoa codependente que conviva com o dependente químico e quais abordagens terapêuticas realizadas pelo Enfermeiro.

1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Definir o termo codependência e identificar as características de comportamento associado ao distúrbio;
- ✓ Identificar na literatura atual as características de um codependente que estejam ligados de forma direta ou que conviva com um dependente químico, como são as diferentes formas de enfrentamento que eles utilizam na convivência com esta problemática, bem como apresentar as abordagens terapêuticas que incluem a família e a participação do Enfermeiro neste cuidado.
- ✓ Identificar a importância do cuidado de enfermagem em saúde mental junto ao codependente e as possibilidades de atuação do Enfermeiro neste campo.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo de Estudo

O presente estudo se afigura como uma revisão integrativa de literatura científica. Uma revisão integrativa oferece à possibilidade de realizarmos a identificação e análise da questão de pesquisa sob o prisma de diversos especialistas e a identificação de seus múltiplos determinantes, conduzindo as reflexões relevantes para a mudança ou construção de conceitos modificadores da prática assistencial, e neste caso, contribuindo para uma assistência ética com qualidade. A síntese do conhecimento dos estudos incluídos na revisão reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações precisas sobre o fenômeno a partir das informações disponíveis e facilita a tomada de decisões com relação às intervenções que podem resultar em um cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta pesquisa apresenta como questão norteadora: Qual impacto que a dependência química causa na dinâmica familiar? Qual o sentimento da família com relação ao uso de drogas pelo dependente químico em questão? Quando a família reconhece que necessita de um tratamento? E, quais as abordagens terapêuticas realizadas pelo enfermeiro nesse tratamento?

2.2 Delimitação das fontes de informação

A coleta das informações para a pesquisa bibliográfica se deu por meio do levantamento bibliográfico em livros, monografias, dissertações e de publicações indexadas no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS - BIREME nas bases de dados: Medical Literature and Retrivial Sistem on Line (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem no Brasil (BDENF), Scien- (SciELO) e Revista de Políticas Públicas SANARE.

Para a busca nas bases de dados utilizou-se as palavras-chave: Transtornos Relacionados ao uso de substâncias. Família. Dependência. Relações familiares. Enfermagem.

No total, 38 artigos foram encontrados e após a leitura dos estudos 20 destes foram selecionados, ambos em língua portuguesa.

Os critérios utilizados para a inclusão foram: Publicações em português, com resumo e texto completos e que continham, no conteúdo do material, a presença de texto que venham ao encontro ao assunto da pesquisa que é a codependência.

Após a realização da leitura na íntegra, como critério de exclusão optou-se por não utilizar artigos com textos incompletos, ou por não estarem disponíveis na íntegra online, além daqueles que não abordasse o assunto referente a temática proposta para esta.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Conceituando Dependência Química

O uso de drogas é um grave problema de saúde pública, ocasionando inúmeras consequências que interferem no cotidiano de todos os cidadãos. O mal causado pelo uso e conseqüentemente pela dependência química, se reflete em todos os âmbitos da sociedade, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Pratta e Santos (2006) cita que, o consumo de drogas sempre existiu, civilizações antigas já usavam substâncias que proporcionavam alteração da consciência, seja num ritual de caráter religioso ou simplesmente como costume social, não atrelado a nenhum ritual ou crença, o que os diferem é que o consumo e sua relação com o homem acompanham a evolução da humanidade ao longo dos séculos, passando de um uso ritualístico, com objetivo de transcendência na antiguidade, para o consumo contemporâneo de busca de sensações prazerosas, alívio do desconforto físico e mental; e alívio das pressões sociais e familiares.

Entretanto, é importante pontuar que os hábitos e costumes de cada sociedade é que direcionavam o uso de drogas em cerimônias coletivas, rituais e festas, sendo que, geralmente, esse consumo estava restrito a pequenos grupos, fato esse que apresentou grande alteração no momento atual, pois hoje se verifica o uso dessas substâncias em qualquer circunstância e por pessoas de diferentes grupos e realidades (PRATA *et al.*, 2009).

Atualmente o termo “droga” é vinculado à produção e ao uso de substâncias de aplicação farmacológica, daí o surgimento de estabelecimentos conhecidos como drogarias. Uma droga pode ser definida como qualquer substância química que altera a função biológica, podendo também ser vista como qualquer substância psicoativa, ou seja, qualquer substância que altere a consciência, a percepção ou as sensações. Nesse sentido o Obid (2007) aponta que:

O termo droga segundo definição da Organização Mundial de Saúde – OMS abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a

propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.

No contexto desta pesquisa, o termo “droga” é usado para nos referirmos às substâncias denominadas psicoativas, psicotrópicas ou de abuso, que são aquelas usadas para distorcer o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, ou seja, alterando os sentidos ou psiquismo, refletindo naquilo que sentimos, fazemos e pensamos, tais como (álcool, maconha, cocaína, crack, medicamentos para emagrecer a base de anfetaminas, calmantes indutores de dependência ou faixa preta, etc.) (OLIVEIRA, 2007).

Sobre essa questão, a literatura especializada ainda estabelece uma diferença entre o uso nocivo e o uso abusivo dessas substâncias. O primeiro baseado na Classificação Internacional de Doenças - CID, é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto que o segundo baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM, engloba também consequências sociais. (OLIVEIRA, 2007).

Cada droga age na estrutura física e psíquica do usuário de maneira distinta, segundo componentes psicoativos pelos quais é composta, direta ou indiretamente, acaba atingindo o Sistema Nervoso Central (SNC) desse indivíduo, e podem, dentre outras ações, provocar algumas sensações como alegria, prazer, angústia e induzir inclusive alterações do senso - percepção como alucinações. A potencialização das sensações ativa o sistema ou circuito de recompensa do indivíduo, acarretando no uso repetitivo, mesmo que as perdas recorrentes deste comprometam e ameacem a vida do sujeito, caracterizando a dependência química, e psicológica, que se manifesta pela necessidade psíquica e / ou física do uso de determinadas substâncias que alteram ou modificam o funcionamento do organismo de forma descontrolada e imprevisível, causando danos e alterações a todo o corpo em especial ao SNC e consequências que dificilmente serão revertidas em sua totalidade. Alguns dos resultados, e que muitas vezes são ignorados por quem faz abuso dessas substâncias, podem ser listados, como por exemplo, males físicos, [...] perigo de vida, [...] problemas respiratórios, ataques epiléticos, derrame cerebral ou ataques cardíacos [...], consequências na vida sexual, nos relacionamentos, na família, no emprego (SILVA, 2000).

Com todos os efeitos das drogas relatadas acima, observa-se que as pessoas buscam nas drogas a libertação de sofrimentos e angústias, e acreditam que tem o controle sobre o seu uso, podendo largar quando desejarem. Porém, o uso de drogas faz com que o indivíduo apresente perda de controle e que não consiga mais viver sem os efeitos dessas substâncias, caracterizando, assim a dependência química (NOGUEIRA, 2009).

A definição com relação à dependência pode ter vários matizes, várias interpretações, por ser elaborada por grupos de diferentes áreas (médica, científica, moral ou legal) que podem usá-la de acordo com suas interpretações e/ou conhecimentos científicos. Kessler, Diemen e Pechansky (2004) definem dependência química como:

A dependência química é um transtorno crônico caracterizado por três elementos principais: compulsão para busca e obtenção da droga, perda do controle em limitar esse consumo e emergência de estados emocionais negativos (disforia, ansiedade, irritabilidade).

A dependência química não tem uma causa única, mas sim é produto de diversos fatores que atuam ao mesmo, Silva (2000) refere alguns destes fatores: falta de controle, impulsividade e incapacidade de ceder diante de pressão de grupos sociais.

Para Acselrad (2000), não existe um fator preponderante que determine a dependência química, mas uma confluência de fatores e condições internas e externas que produzirá o usuário de drogas dependente químico.

Silveira (2004 *apud* MAÇANEIRO, 2008) refere que “a dependência química é um impulso que leva a pessoa a usar drogas de forma continua (sempre) ou periódica (frequentemente) para obter prazer”. Ressalta-se ainda que as duas formas principais em que a dependência se apresenta: a física e a psicológica. A forma física consiste na necessidade sempre presente, a nível fisiológico, o que torna impossível a suspensão brusca das drogas. Essa suspensão acarretaria a chamada crise da abstinência. A dependência física é o resultado da adaptação do organismo, independente da vontade do indivíduo. Logo, na dependência psicológica, o indivíduo sente um impulso incontrolado, tendo que fazer o uso das drogas a fim de evitar o mal estar. A dependência psicológica indica a existência de

alterações psíquicas que favorecem a aquisição do hábito. O hábito é item importante a ser considerado na toxicomania, pois a dependência psíquica e a tolerância significam que a dose deveria ser ainda aumentada para se obter os efeitos desejados. O desejo de tomar outra dose ou de se aplicar transforma-se em necessidade, que, se não satisfeita, leva o indivíduo a um profundo estado de angústia.

Silveira e Moreira (2006) mencionam que a CID-10 propõe seis critérios para o diagnóstico de dependência química. Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

1. Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
3. Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Devem-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Dependência química está classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada uma doença que pode ser tratada e controlada simultaneamente como doença e como problema social (BRASIL, 2004).

Ao considerar a dependência química como uma doença, devem trazer mudanças no modo de encarar e tratar o dependente. Uma doença não é algo que se adquire voluntariamente, não é escolha. Por definição, é como o diabetes ou pressão alta, a doença da dependência não é culpa do dependente, o paciente somente pode ser responsabilizado por não querer o tratamento. Ainda na concepção da dependência química como doença, ela é caracterizada como progressiva, e sem o tratamento adequado, tendem a piorar cada vez mais com o passar do tempo, o que pode levar à insanidade, prisão e até morte (DRUMMOND, 1998).

O autor ainda cita que o dependente químico, esteja ou não em recuperação, esteja ou não usando outras drogas, sempre será um dependente químico, mas ao aceitar-se e realmente engajar-se no tratamento, ele poderá viver muito bem sem as drogas e sem as consequências da dependência ativa. É importante notar que qualquer avanço em termos de recuperação depende de um real e sincero desejo do paciente, não há tratamento se o dependente não quiser se tratar.

Stamm (2004) argumenta que a dependência química é uma doença que atinge não só quem consome a droga, mas sobre tudo as pessoas que com ela convivem principalmente as famílias, pois são estas que estão mais próximas do usuário.

“A convivência dos familiares com o usuário, também é afetada na medida em que a dependência química evolui e se desenvolve” (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

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, ou seja, o dependente adoece, sofre, agita-se, a família, naturalmente, vai expressar reações, tornando-se assim codependente do dependente em questão, que podem tomar iniciativas para mudar, porem, por vezes, ilusórias, pois são pessoas que amam demais, por isso criam novos comportamentos e assumem novos papéis para aliviar a dor ou diminuí-la (MORAES *et al.*, 2009).

3.2 Codependência

3.2.1 Conceito e Etiologia

“Codependente é aquela pessoa que permitiu a si mesma ser afetada por outra e por seus problemas e que perdeu o amor próprio, a capacidade de se afirmar e de cuidar de si mesma” (MORAES *et al.*, 2009).

A Codependência é um termo que recebeu muita atenção nos últimos anos; o conceito surgiu devido a uma necessidade de se definir os comportamentos disfuncionais que se evidenciam nos membros da família de um dependente químico (ZAMBIERI, 2004).

O termo codependência foi criado em 1979, ele referia-se a pessoas que se haviam tornado disfuncionais em consequência de viver um relacionamento estreito com um alcoolista. O conceito, na verdade não é novo, ele foi conceituado em meados dos anos 40, depois da criação dos Alcoólicos Anônimos (AA) onde um grupo de pessoas geralmente esposas de alcoólicos formaram grupos de ajuda mútua e apoio para lidar com as formas que elas eram afetadas pelo alcoolismo dos maridos (STUART; LARAIA, 2001).

No entanto, somente na década de 60 é que as experiências de sofrimento que vinham sendo manifestadas nos grupos de apoio passaram a ser incorporadas no campo da saúde, que as definiu como sendo personalidade codependente. O foco sobre a família intensificou-se e o conceito de codependência emergiu (PALADINI, 2008).

A conceituação e significados do termo codependência tem diversas interpretações, dentre as quais se destacam as seguintes: A codependência é uma condição específica de âmbito psicológico, comportamental e emocional, que se caracteriza por uma dependência excessiva de um indivíduo em relação ao outro (CARVALHO; NEGREIROS, 2011).

Codependente são familiares, mães, pais, companheiras (os), amigos que vivem em função da outra. São pessoas que fazem desta tutela obsessiva a razão

de suas vidas, sentindo-se úteis e com objetivos apenas quando estão diante do dependente e de seus problemas. São pessoas que têm baixa auto-estima, intenso sentimento de culpa e não conseguem se desvencilhar da pessoa dependente. Compulsivamente vivem tentando ajudar a outra pessoa torna-se obcecado em controlá-las, em mudá-las, esquecendo na maior parte do tempo, de cuidar de sua própria vida, anulando sua própria pessoa, ou seja, deixando que sua vida, seus relacionamentos, sua felicidade e sua autoestima sejam afetadas pelo comportamento do outro (BEATTIE, 2003).

Zanelatto e Rezende (2003) definem por ser um comportamento desajustado ou doentio, associado com a vida, trabalho ou qualquer outra situação de proximidade de uma pessoa que sofre de dependência química.

Townsend (2002) refere à codependência como uma doença de perda da autoestima e pode ser definida como qualquer sofrimento ou disfunção que seja associada ou resulte em focar nas necessidades e comportamento dos outros.

Jaureguin (2000 *apud* FARIA, 2003), caracteriza a codependência como a outra cara da dependência, uma adição de ordem afetiva, ou como uma relação aditiva a uma pessoa e seus problemas, porque esta relação pode ser tão compulsiva e impulsiva como a própria. Este autor também explicou a codependência sob três diferentes aspectos:

1. Como uma doença primária de um sistema familiar disfuncional e que, uma vez desencadeada, seguirá seu curso e afetará a um ou mais membros da família;
2. Como um transtorno de personalidade prévio de um ou mais membros da família em interação com a conduta do adicto que facilitam a adição, a encobrem e a mantêm;
3. Como a conduta de uma pessoa essencialmente normal que realiza um esforço para ajustar-se a um cônjuge e a um acontecimento vital estressante.

A codependência pode se manifestar em relações neuróticas de qualquer natureza: entre pais e filhos, marido e mulher, namorados, chefe e subalterno, entre amigos, até mesmo entre um terapeuta e seu paciente. Enfim, são relações de poder que descambam para o controle. Ainda descreve que a codependência é um

fenômeno semelhante à dependência química. Os sintomas são os mesmos como a raiva, angústia, depressão e desespero. O esforço frustrado de controlar é o mesmo. O dependente se esforça para controlar a droga e o codependente para controlar o dependente. A progressão é a mesma. Se não conseguirem ajuda, tanto o dependente químico quanto os codependentes ficarão cada vez mais doentes com o tempo, devido a seus esforços inúteis e contraproducentes (FARIA, 2003).

Beattie (2003) enfatiza que a codependência pode não ser uma doença, mas podem fazer do indivíduo um doente, e contribuir para que as pessoas ao seu redor continuem doentes; conclui que outra razão para ser chamada de doença é porque os comportamentos codependentes, como os autodestrutivos, se tornam viciosos.

Embora cada codependente apresente uma experiência única, originada de sua convivência com as pessoas e de sua personalidade, um ponto comum aparece em todas as histórias de codependência, a influência dos outros sobre o comportamento do codependente e a maneira como este tenta influenciar os outros. Nota-se que o codependente prende-se à percepção que o outro tem dele, seja, as mesmas se percebem através daquilo que ouvem o outro reclamar (CARVALHO; NEGREIROS, 2011).

3.2.2 Características Presentes no Codependente

“Intrigante e até misteriosa, é a aparente perseverança com que alguns familiares, normalmente cônjuges e companheiros (as), se dedicam aos parentes com problemas de dependência, alcoolismo, jogo patológico ou outro transtorno grave da personalidade. Difícil entender como e porque essas pessoas suportam heroicamente todo tipo de comportamento problemático, ou até atitudes sociopáticas dos companheiros (as), como se assumissem uma espécie de desígnio ou “carma”, para o qual fossem condenados para todo o sempre.” (BALLONE, 2008).

Faria (2003) explica que não existe uma patologia específica na personalidade dos codependentes, mas nos casos estudados se encontram transtornos da afetividade, ansiedade, pânico, comportamento obsessivo-compulsivo, etc.

Observa-se, uma relação doentia entre a dependência e a codependência: o dependente que faz uso de determinada substância, e por isso causa prejuízos a si

e a outrem; e o codependente que, querendo resgatá-lo, devido à própria conduta mantém e agrava o quadro. É uma relação parasitária, em que um dos indivíduos se alimenta dos esforços emocionais do outro. O codependente, como qualquer outro indivíduo que apresenta e vive um comportamento disfuncional, não tem consciência de sua codependência e, quando se sinaliza essa disfuncionalidade, ele resiste em aceitar e defender-se (ZANELATO; REZENDE, 2003).

Townsend (2002) cita que um indivíduo codependente fica confuso com relações a própria identidade. Numa relação à pessoa codependente deriva o valor pessoal daquele do parceiro, cujos sentimentos e comportamentos determinam como o codependente deve se sentir e se comportar. Para o codependente se sentir bem, seu parceiro tem de estar feliz e comportar de maneiras apropriadas.

Payá e Figlie (2004), Moraes *et al.* (2009), Zambieri (2004) e Canavez (2011) afirmam que os principais sentimentos presentes na família que convive com dependente químico 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 encontra, baixa autoestima; negação; decepção; frustração; insegurança; ilusão; ansiedade; angústia; culpa; tristeza; impotência; fracasso; sensação de vazio; e o desconhecimento dos próprios sentimentos.

Beattie (2002) expõe que a vergonha é uma marca registrada das famílias instáveis. Ela acompanha famílias com problemas e segredos e abastece o vício. É, ainda, uma forma de controlar e um instrumento usado pelos pais e pela sociedade. A vergonha é o sentimento que aparece quando o indivíduo faz algo que decepciona, é a culpa aplicada exteriormente.

Paladine (2008) cita que devido a negligência da própria saúde em detrimento do outro. Pela ansiedade vivida e somada à repressão continuada de emoções e sentimentos podem surgir ou se agravar doenças como: hipertensão arterial, diabetes, distúrbios do ritmo intestinal, anorexia, perda libido, impotência. Podendo desenvolver doenças psicossomáticas, síndrome do pânico, fobias.

É comum a negação da existência de problemas, os sentimentos são mantidos sob controle e a ansiedade pode ser liberada sob forma de doenças

relacionadas ao estresse ou de comportamento compulsivos como comer, gastar dinheiro, trabalhar ou usar drogas (BEATTIE, 2002).

A autora Moraes *et al.* (2009) afirma que é possível categorizar cinco expressões de codependência: medo, a culpa, cuidado e/ou controle, mudanças de estilo de vida e desconfiança.

O medo é um dos sentimentos mais presentes e marcantes na vida dessas pessoas. O medo expresso pode estar associado ao abandono, ao medo de cometer erros, de ter vida própria, de que aconteça algo ruim com o dependente químico; pode estar associado também, à violência física resultante do efeito do uso das drogas, as respostas de violência dirigida ao parente dependente, desencadeada pela situação conflitante vivenciada no cotidiano doméstico.

A codependência pode ser expressa pela sensação de ser capaz de responder com violência àquele ou àquela situação fora do controle do familiar. Nessa hora, entra em cena a sensação de dúvida e desconfiança de si próprio gerada pela raiva, frustração ou mesmo fúria dirigida ao dependente químico ou autodirigida. Tal situação, não raro, termina em tragédia, conforme acompanhamos pelos media os relatos de homicídios ou suicídios cometidos por esses familiares. Sobre esse mesmo comportamento do familiar, é realidade que “muitos codependentes têm medo da própria raiva” (MORAES *et al.*, 2009).

A culpa, um dos sentimentos mais perceptíveis na condição de codependência do familiar manifestando-se em momentos como o início do consumo de droga de seu ente querido e a falta de imposição de limites. O familiar assume uma atitude obsessiva para cuidar, preocupando-se e controlando excessivamente o dependente químico. Nesse momento, entra em cena uma das principais características da codependência, que é o excesso de atenção ao outro, o qual, muitas vezes, o faz esquecer se de si próprio (CANAVEZ, 2011).

O cuidado e/ou controle, manifesta-se por meio de alguns comportamentos observados como a preocupação permanente com o cuidar e se relacionar com o dependente; observação rigorosa de todos os passos, comportamentos e atitudes; buscar soluções para o problema, oferecendo sugestões; tendência a antecipar as necessidades da outra pessoa; dificuldade de dizer não ao usuário; fazer coisas que

realmente não gostaria de fazer; realizar coisas que a outra pessoa é capaz de realizar por si mesma; procurar agradar aos outros, principalmente o usuário de drogas, em vez de a si mesmo. Está presente ainda o cuidado em várias situações do cotidiano das relações familiares mediante comportamentos, atitudes e ações, tais como: cuidado com a administração de medicamentos, alimentação e preocupação com o bem-estar físico e mental; acompanhar o dependente químico para quase todos os locais, vigiá-lo e cuidar dele para que não entre em contato com a droga ou sofra agressões na rua, principalmente de pessoas envolvidas com o tráfico de drogas (MORAES *et al.*, 2009).

Cuidado é essencial ao ser humano e deve ser dispensado de forma equilibrada e natural, pois, quando em excesso, se transforma em obsessão, tornando-se doentio e prejudicial a ambos, dependente e codependente. Do mesmo modo, a carência do cuidado origina o descuido e o abandono. A busca do equilíbrio depende de vários fatores, e, muitas vezes, as pessoas envolvidas com a problemática de um ente querido não sabem definir a condição mais propícia ou ideal. (MORAES *et al.*, 2009).

Mudanças de estilo de vida gerando ansiedade, insegurança, comportamento obsessivo compulsivo e medo, podem estar entre os fatores influentes na reincidência de sintomas pelo codependente e o consequente aparecimento de respostas físicas e emocionais, destacando-se: cefaleias, alteração de pressão arterial, alteração nos valores glicêmicos, insônia, alterações de sono, ansiedade, nervosismo, choro fácil, cansaço físico e mental, distúrbios alimentares, podem apresentar ainda o comportamento letárgico, deprimido e pensamento suicida (MORAES *et al.*, 2009).

Os sintomas ou respostas físicas e emocionais identificados interferem na qualidade de vida do familiar e alteram suas condições de saúde, levando-o a buscar ajuda médica e a consequente medicação com uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos, provocando, muitas vezes, mais uma dependência química. Os sintomas e doenças psicossomáticas, na visão psicanalítica, são achados que estabelecem correlações com ansiedade, conflito e defesas (ZAMBIERI, 2004).

Desconfiança, o codependente vive uma intensa desconfiança de várias coisas, dentre elas a de que está sendo roubado e enganado. Desconfia de que seu componente familiar possa estar mentindo, começando, assim, as inúmeras interrogações, surgindo um grande sentimento de vazio e impotência de que tudo que ele está fazendo não está tendo o resultado esperado. Essa constante desconfiança produz um sentimento de vazio interior que pode resultar na perda, dentre outras, da fé e da confiança em um ser superior. (MORAES *et al.*, 2009).

Embora não exista um número exato de características que garantam que uma pessoa é ou não codependente, os Codependentes Anônimos - CODa (2012) propõem os seguintes padrões e características como ferramenta para auxiliá-lo em uma auto avaliação registra-se, dentre eles, os seguintes:

Padrões de negação:

- Ter dificuldades para identificar o que sente seus sentimentos;
- Minimizam, mudam ou negam seus sentimentos;
- Avaliam-se como altruístas e dedicados ao bem-estar dos outros;
- Escondem a dor de várias formas como raiva, depressão e isolamento;
- Expressam negatividade ou agressão de forma indireta e passiva.

Padrões de baixa autoestima:

- Têm dificuldades para tomar decisões;
- Tem dificuldades de admitir que errou;
- Tem que parecer correto aos olhos dos outros e ate mente para parecer melhor;
- Precisam de outros para se sentir seguros;
- Depreciam seus pensamentos, palavras e ações, como nunca sendo suficientemente bons;
- Envergonham-se de receber reconhecimento, elogios ou presentes;

- São incapazes de pedir aos outros que os ajudem em suas necessidades e desejos;
- Valorizam a aprovação dos outros quanto às suas ideias, sentimentos e comportamento;
- Não reconhecem a si próprios como pessoas gostáveis e de valor;
- Tenho dificuldades em começar atividades, completar prazos e projetos;
- Tenho dificuldades em estabelecer prioridades mais saudáveis;
- Tem medo de expressar opiniões e crenças quando diferentes do que os outros pensam.
- Valorizam mais a opinião dos outros do que a própria.

Padrões de conformidade:

- Tomam decisões sem pensar nas consequências;
- Comprometem seus valores e integridade para evitar rejeição e a raiva por parte dos outros;
- São muito sensíveis aos sentimentos dos outros e assumem os mesmos sentimentos;
- São extremamente leais, permanecendo em situações penosas por muito tempo;
- Supervalorizam as opiniões e os sentimentos dos outros e temem expressar pontos de vista e sentimentos contrários aos deles;
- Deixam de lado interesses pessoais e hobbies para fazer o que os outros querem;
- Aceitam o sexo como substituto do amor.

Padrões de controle:

- Codependentes creem que os outros são incapazes de cuidar de si próprios;

- Tentam convencer os outros sobre como deveriam pensar e agir;
- Ficam ressentidos quando os outros recusam suas ofertas de ajuda;
- Oferecem conselho e orientação sem que lhe peçam;
- São pródigos em presentear e favorecem aqueles de quem gostam;
- Têm de se sentir necessários a fim de se relacionar com os outros;
- Usam o seu charme e carisma para convencer os outros da capacidade de compaixão e cuidado;
- Usam a culpa e vergonha para explorar emocionalmente os outros;
- Recuso-me a cooperar, comprometer ou negociar;
- Adotam uma atitude de indiferença, desesperança, autoridade ou raiva para manipular resultados;
- Fingem concordar com outros para conseguir o que quero.

3.2.3 Codependência na Família

O processo pelo qual a família passa ao descobrir que um de seus membros está envolvido com álcool ou outras drogas é um dos mais difíceis e “devastadores” da unidade familiar, eles correspondente as reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza (PAYA; FIGLIE, 2004).

Este impacto pode ser descrito através dos estágios pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e álcool:

Na primeira fase a fuga da família vem através da negação. O ambiente familiar passa a ser embasado pela ansiedade, perceber os sinais, quando aquele ser querido, começa a ter atitudes agressivas e descontroladas, alternadas com momentos de grande intimidade conciliatória, em que é reconhecido como parte do sistema, leva a família a viver momentos de grande conflito e a negar que tais situações sejam real (PAYA; FIGLIE, 2004).

Superada a fase da negação e a realidade vinda à tona surgem então as primeiras perguntas autopunitivas: “aonde foi que eu errei?”, “porque isso está acontecendo comigo, com meus filhos, com a minha família?”. Perguntas que tentam encontrar um culpado ou uma explicação, mas que mais confundem do que realmente trazem alternativas para entender o que está acontecendo (POLYANNA, 2013).

A fase seguinte é a da barganha, a família tenta tirar seu ente querido das drogas, estabelecendo regras e acordos, com promessa de presentes e recompensas no cumprimento delas. Tudo vale a pena para ele abandonar a droga e voltar a ser como antes. O dependente concorda com as barganhas e se torna exigente, mas não consegue cumprir seu trato, quebrando todas as promessas de abandonar as drogas, os amigos, “essa vida” (SOUZA, 2010).

Como as negociações não funcionam, sentimos muita raiva, por vezes até mesmo ódio: Ora do dependente, ora de nós mesmos. Somos agressivos com as palavras, insultamos, humilhamos, e em alguns casos chegamos a agredir também fisicamente (POLYANNA, 2013).

Junto com a constatação da família de que todas as tentativas não tiveram sucesso, vem à terceira fase que é a da depressão, uma angústia e tristeza profunda, muitas emoções negativas, uma fase que atinge em cheio o dependente e pode impulsioná-lo a pensar na possibilidade de tratamento, que a família apoia totalmente, ou o que é mais provável, leva-lo ainda mais para o fundo do poço (ROCHA, 2011).

Polyanna (2013) descreve que quando começamos a nos dar conta de que o problema é realmente grave, nos entristecemos ao extremo. Perdemos a vontade de realizar nossos próprios afazeres. Não nos alimentamos direito, choramos e sentimos uma forte dor constante no peito.

Polyanna (2013) ainda cita que toda a atitude codependente, mesmo que acarrete em problemas, sempre são seguidos de boa intenção; os codependentes nunca sabem quando ajudar, pois envolve sentimentos conflitantes de medo e culpa. Estas pessoas se tornam “escravos” do dependente.

Muitas vezes as famílias desempenham papel de facilitadores do uso de drogas do ambiente familiar dando dinheiro, repondo os objetos trocados por drogas, pagando as contas de traficantes e pessoais, ate mesmo aceitando o uso de drogas, por vezes até mesmo dentro de casa (ROCHA, 2011).

Somente quando a família percebe que nada disso resolve é que vem a ultima fase, a da Aceitação, finalmente o dependente é visto como doente, a dependência como uma doença, a família para de vê-lo como um delinquente, marginal e começa a aceitar sua própria codependência. Da primeira a ultima fase, em que todos já estão emaranhados, podem se passar anos de brigas, reconciliações, promessas não cumprida, exploração financeira e afetiva, enfim todo “inferno” da codependência que a família do dependente vive. A partir da aceitação, a família poderá rever seus valores e tentar outras formas de comunicação e de relacionamento com o dependente, ressignificando sua história e a de seus membros. Nesse momento, ela poderá buscar ajuda com pessoas capacitadas e sair de seu isolamento e vergonha. Embora tais estágios definam um padrão da evolução do impacto da dependência, não podemos afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo, mas indubitavelmente a família que passa por essa problemática reage de acordo os valores, compreensão e recursos para lidar com a presença do problema do álcool ou da droga (SOUZA, 2010).

Também podemos dizer que há uma tendência dos familiares sentirem-se culpados e envergonhados por estar nesta situação (FIGLIE *et. al*, 2004).

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 colabora para agravar o desfecho do caso.

Faria (2003) afirma que tanto os codependente como os dependentes químicos podem permanecer resistentes a uma mudança de vida enquanto não admitirem o sofrimento que a doença causa a si mesmo e aos outros.

Para Rocha (2011) nem todas as famílias são iguais e nem sempre respondem ao problema da dependência química no âmbito familiar da mesma forma, mas existem sentimentos que são comuns a todas as famílias quando enfrentam situações que acreditavam estar longe de suas vivências. Decidir se a

codependência é um problema em sua vida é decisão exclusiva do codependente, assim como saber se isto deve mudar ou quando mudar.

3.3 Tratando a Codependência

3.3.1 Reconhecimentos e Aceitação

Conviver diretamente com uso abusivo de drogas de alguns de membros da família faz com que os demais familiares adoçam emocionalmente repercutindo em seu estado clínico e mental. A superação desta ambivalência é conseguida quando, a partir do desejo de que o dependente químico se recupere, a família concebe como alternativa razoável, o início do tratamento por parte dela. A recuperação está baseada em um aumento da autoestima do codependente (ZANELATTO; REZENDE, 2003).

O apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico, já que, tanto o processo de adoecimento, quanto a recuperação interferem na dinâmica familiar, fazendo-se necessário algum tipo de orientação ou de apoio a estas famílias (FIGLIE; LARANJEIRA; BORDIN, 2004).

Rocha (2011) cita que é muito complicado para as famílias aceitarem que também necessitam de tratamento, por que ninguém quer ser chamado de doente. Todavia, quanto mais tempo o familiar levar para admitir a real necessidade de ajuda, maior tempo sofrerá.

O processo de recuperação familiar inicia-se com a libertação da onipotência, de acreditar que alguém pode mudar a vida do outro. Por sua vez torna-se importante perceber que, se o dependente tem um comportamento compulsivo em relação à droga, a compulsão da família é pelo controle do comportamento da dependente. A família deve render-se aos fatos e perceber que não consegue controlar sequer as próprias vidas e menos ainda as do dependente (FARIA, 2003).

Para Coda (2012), o tratamento tem início com a tomada de consciência e aceitação por parte do codependente, momento este encarado como inabilidade, e

então o mesmo passa a ser visto por si mesmo e pela sociedade. A partir de então o codependente entende sua condição e necessidade de ajuda e percebe que ele também necessita de alívio para suas dores, que de forma inadequada se concentram no outro.

Carvalho e Negreiros (2011) cita que o tratamento da codependência centra-se na dificuldade do indivíduo que sofre e choca-se com as suas mudanças emocionais e comportamentais na tentativa de melhoria na relação com o outro. Há quem se mantenha na codependência a vida toda para não ter que passar pelo angustiante processo de separação.

Ao se pensar em um tratamento Beattie (2003 *apud* FARIA, 2003), afirma que primeiramente, o codependente precisa assumir que cada um é responsável por si mesmo, e que não se podem resolver problemas alheios, ou preocupar-se com eles. Adota-se uma política de afastar-se das responsabilidades de outras pessoas e cuidar das próprias. É importante entender que agindo dessa forma, permite-se que as outras pessoas enfrentem as consequências de seus problemas e que tenham a liberdade de serem responsáveis e crescerem; assim sendo, o codependente assume a mesma liberdade. O desligamento envolve permitir viver no agora e aceitar a realidade, abandonando os arrependimentos do passado e os medos do futuro. A aceitação e o enfrentamento da realidade são cruciais na recuperação dos codependentes; onde, a aceitação não significa tolerar abusos e sim receber e aceitar a si mesmo e às pessoas como são.

Tratar e apoiar as famílias são duas necessidades para que seja possível a reestruturação do dependente químico, tanto no início do adoecimento quanto no processo de recuperação a família sente a interferência em sua dinâmica, por isso, a importância da orientação, suporte e apoio (SCHENKER e MINAYO, 2004).

Visando que as famílias que se vêm com problemas de dependência no ambiente familiar, normalmente se colocam numa situação de codependência com comportamentos obsessivos em relação ao dependente. Dessa forma, é pertinente olharmos esse familiar com necessidade de cuidados da mesma forma que o próprio dependente. A abordagem familiar teve início em 1940 conforme explicitado por Payá e Figlie (2004):

Considerada uma prática de tratamento ainda muito recente em relação aos problemas de álcool e drogas, em que os terapeutas vêm criando novas abordagens por meios de pontos de interface, a dependência química teve início como abordagem familiar em 1940, com os grupos Al- Anon dos alcoólicos anônimos. [...] Na década de 1990, houve crescimento das terapias focadas na solução, que não examinam causas da doença ou disfunções, somente enfatizam soluções.

Segundo a autora, este método parece facilmente aprendido e aparentemente traz resultados rápidos porque se concentra no problema, sendo de aceitação das famílias e dos dependentes, pois não atribui responsabilidades implícitas. O terapeuta utiliza o “reenquadramento”, onde os problemas da família ou do paciente são colocados numa estrutura de significados, oferecendo novas perspectivas e possibilitando novos comportamentos.

Payá e Figlie (2004) citam que Indiscutivelmente, a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas terapêuticos. Contudo, até o momento não foi estabelecida uma abordagem de maior eficácia nesta área, cabendo a cada terapeuta a escolha da abordagem que melhor se adapte a cada família.

Diehl, Cordeiro e Laranjeira, (2011) afirmam que cada família é única como cada pessoa nela, sendo necessários vários meios de interação.

3.4 Abordagens terapêuticas

A inclusão da família no tratamento da dependência química é pertinente na melhora do próprio dependente, por isso a abordagem terapêutica deve ser considerada parte integrante do tratamento (ROCHA, 2011).

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, 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. E por isso, o meio

familiar pode ser compreendido como cenário direto do enfoque terapêutico (PAYA; FIGLIE, 2004).

Paya e Figlie (2004) ressaltam que é através do atendimento familiar que os membros passam a receber atenção não só para suas angústias, como também começam a receber informações fundamentais para a melhor compreensão do quadro de dependência química, e conseqüentemente melhora no relacionamento familiar. Uma avaliação familiar pode ser um grande auxiliar no planejamento do tratamento fornecendo dados que corroboram com o diagnóstico do dependente químico, bem como funcionara como forte indicador do tipo de intervenção mais adequado tanto a família quanto ao dependente.

Indiscutivelmente, a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de tratamento a ser utilizado, dentre os vários propostos. A terapia familiar e de casal produzem melhor desfecho quando comparado com famílias que não são incluídas no tratamento (FIGLIE *et.al*, 2002).

Figlie *et al.*, (2004) e Zanelatto, (2003) referem que existem varias técnicas e teorias para conduzir os grupos, dentre as mais utilizadas destacam-se: o modelo da doença familiar; modelo sistêmico e modelo comportamental. Estas teorias contribuíram muito para o entendimento da dependência, principalmente no que diz respeito ao conceito de equilíbrio e a importância das regras e metas que governam os relacionamentos familiares e como elas contribuem para a manutenção do comportamento aprendido.

O modelo de doença familiar considera a dependência química como uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família. Este modelo envolve o tratamento dos familiares sem a presença do dependente, que consiste em grupos de autoajuda com o objetivo de entender os efeitos do consumo de drogas por parte dos dependentes nos familiares e como reparar o que a convivência faz na família, seguindo os princípios do AA (FIGLIE *et. al.*, 2002).

O modelo sistêmico considera a família como um sistema que pode manter a homeostase entre a dependência química e o funcionamento familiar, nesta perspectiva, o dependente químico exerce uma função dentro do ambiente familiar.

A modificação desta função acarreta uma desorganização na relação e no desempenho de papéis entre os membros da família (BARTOLON, 2010).

No referencial sistêmico, o foco centra-se na definição de uma posição de modo a quebrar o círculo repetitivo do funcionamento familiar e desta forma, auxiliar o dependente em sua recuperação (FIGLIE *et al.* 2004).

A terapia a partir desse enfoque busca a mudança no sistema entre os membros da família pela reorganização da comunicação. Os terapeutas se abstêm de fazer interpretações, pois novas experiências comportamentais devem provocar modificações no sistema familiar, gerando mudanças. Para o tratamento da família é necessário à compreensão da disfuncionalidade por parte dos integrantes e intervenções que capacitem as habilidades à modificação das relações e comportamentos alvos de problema (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Galera (2002) ressalta que dentro da abordagem sistêmica não se busca a causa do problema, mas os fatores que frequentemente estão presentes e os mantém.

A terapia dentro da abordagem sistêmica é feita por um profissional que utiliza técnicas para buscar a mudança no sistema entre seus membros através da organização da comunicação, clarificação do núcleo da família e promover mudanças de padrões de comportamento interações familiares. Para avaliar e tratar a dependência química “sistemicamente” é necessário levar em conta as expectativas familiares, não reforçando preconceitos, para de esta forma trabalhar as crenças moralistas e culpas sobre a questão da dependência, visando o resgate da autonomia de cada um dos membros e procurando principalmente a mudança de padrões familiares estabelecidos (PAYA; FIGLIE, 2004).

No modelo comportamental, orienta-se a partir da teoria da aprendizagem, atribuindo ênfase ao condicionamento operante, ou seja, trabalha com a hipótese de que a percepção que a pessoa tem dos acontecimentos de sua vida influencia suas emoções e seus comportamentos, isto é seu sentimento é determinado pelo modo como ele vê e interpreta a situação. A visão teórica da terapia cognitiva esta baseada na ideia de que os sentimentos e os comportamentos do individuo estão

associados ao modo como eles estruturam e interpretam ao mundo (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Do ponto de vista cognitivo, a dependência química é concebida como um comportamento apreendido, possível de ser modificado com a participação ativa da pessoa e da família no processo. A terapia comportamental visa o resgate de recursos pessoais para lidar com o processo de mudança de padrões de comportamentos familiares antigos, auxiliando na modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais, possibilitando lidar de maneira mais eficiente com o dependente químico. A abordagem cognitiva procura acionar mudanças atuais na família, situações no momento presente, afim de que se encontre o núcleo do problema, ao invés de questões superficiais. O objetivo é investigar as crenças e pensamentos familiares ensinando métodos para enfrentar os problemas atuais que são fontes de sofrimento (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Pode se afirmar que a terapia cognitiva comportamental visa resgatar os recursos pessoais a fim de lidar com a mudança de padrões de comportamentos familiares antigos, percebendo e auxiliando na modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais, criando uma maneira mais eficiente de lidar com o dependente químico (PAYA; FIGLIE, 2004).

3.4.1 O Grupo Terapêutico como recurso no tratamento da codependência

O grupo de orientação familiar traz inúmeros benefícios a cada familiar, pois juntos, formam uma rede de apoio, permanecendo interligados por uma problemática em comum, a dependência química. Juntos, há uma troca constante seja de informações ou de sentimentos. Nos grupos os familiares utilizam o espaço para apresentarem suas queixas, seus sentimentos e suas histórias, revelando o alto nível de estresse que são submetidos. Constitui-se um espaço ideal para realizar uma catarse, aliviar esta carga e encontrar soluções alternativas. O grupo pode ser realizado por uma equipe multidisciplinar e é uma forte contribuição dentro da esfera (CANAVEZ, 2011).

A equipe deve pautar a assistência na ética, humanização e na assistência integral, visando à aceitação, reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto aos sujeitos de seu cuidado (VILLELA; SCATENA, 2004).

Em termos de abordagem, podemos trabalhar com:

Grupos de Pares: Nesta modalidade os membros da família são distribuídos em diferentes grupos de pares: dependentes químicos, pais, mães, irmãos, cônjuges, etc. A interação entre pares é facilitadora de mudanças uma vez que escutar de um par não é o mesmo que escutar de um profissional, porque o par passa por situação semelhante e não é alvo de fantasias e idealizações como o terapeuta. **Multifamiliares:** Através de um encontro de famílias que compartilham da mesma problemática, cria-se um novo espaço terapêutico que permite um rico intercâmbio a partir da solidariedade e ajuda mútua, onde as famílias se convocam para ajudar a solucionar o problema de uma e de todas, gerando um efeito em rede. Todas as famílias são participantes e destinatárias de ajuda. **Psicoterapia de Casal:** Casais podem ser atendidos individualmente ou também em grupos, uma vez que o profissional tenha habilidades para conduzir as sessões sem expor particularidades que não sejam adequadas ao tema focado. **Psicoterapia Familiar:** Abordagem mais especializada segundo um referencial teórico de escolha do profissional para a compreensão do padrão familiar e intervenção. Nesta modalidade se reúne a família e o dependente químico. A diversidade do atendimento familiar também se refere ao processo, havendo diferenças entre as famílias que recebem psicoterapia familiar, daquelas que esporadicamente são atendidas dentro do tratamento do dependente químico. Conforme a modalidade adotada, é possível conciliar sessões abertas com sessões dirigidas, tanto em grupo quanto individual, com ou sem a presença do dependente, desde que acordado previamente entre as partes. A autora reforça ainda que muitos fatores de diversas etiologias contribuem para o desenvolvimento da dependência química, no entanto, a organização familiar mantém uma posição de saliência no desenvolvimento e prognóstico do quadro. Neste sentido, a abordagem familiar deve ser considerada como parte integrante do tratamento e um programa bem sucedido é essencial para um desfecho favorável (FIGLIE *et al.*, 2004).

Canavez (2011) ressalta que a psicoterapia de grupo tem se mostrado, ao longo do tempo, um recurso com vantagens consideráveis no tratamento da dependência química, tendo sido amplamente empregada a ponto de, às vezes, ser tida como tratamento de escolha. As técnicas não são exclusivamente de uso de psiquiatras, podendo ser aplicadas por diferentes profissionais de saúde, com treinamento em abordagem de pacientes com problemas emocionais.

Vale ressaltar que a diversidade do atendimento familiar também se refere ao processo. Havendo diferenças entre as famílias que recebem psicoterapia familiar, daquelas que esporadicamente são atendidas dentro do tratamento do dependente químico. Conforme a abordagem adotada, é possível conciliar sessões abertas com sessões dirigidas, tanto em grupos como em atendimentos familiares individualizados, com ou sem a presença do dependente, desde que acordado previamente entre as partes. Torna-se fundamental, seguir bom senso entre a abordagem utilizada e o que se é aplicado. No entanto, cada sistema familiar merece receber um programa de tratamento adequado as suas necessidades e condições (FIGLIE; PAYA, 2004).

3.4.2 Grupos Terapêuticos em Serviços Especializados

O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) foi criado com a finalidade proporcionar atendimento à população, respeitando o território, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas, tais como: atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciamento dos casos, oferecendo cuidados personalizados; condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem; cuidados aos familiares dos usuários dos serviços e ações junto aos usuários e familiares, para os fatores de proteção do uso e da dependência de substâncias psicoativas (AZEVEDO, 2010).

Em 2002, a Portaria nº336/GM regulariza o CAPS AD, como Centro de Atenção Psicossocial para dependentes de Álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A Portaria n.º 336/GM de 2002, não menciona como obrigatoriedade um profissional com formação em abordagem familiar, mas ele deve ter nível superior.

Valoriza o atendimento em equipe multidisciplinar. Nesta portaria, a inserção familiar deve fazer parte do tratamento do dependente químico, podendo ser individual e/ou grupal. Como não existe um pré-requisito de formação familiar para se trabalhar no CAPS, o grupo de família poderá ser conduzido pelo profissional que tiver uma habilidade natural, formação acadêmica ou até mesmo vontade de fazer um trabalho voltado para esta clientela (CANAVEZ, 2011).

Dentre a assistência prestada no CAPS AD inclui as seguintes atividades: Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); Atendimento em oficinas terapêuticas; Visitas e atendimentos domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (SOARES, 2011).

As atividades dos grupos de apoio/suporte com usuários de drogas e com familiares desenvolvidas nos CAPS AD apresentam-se como metodologias assistenciais utilizadas pelos profissionais da saúde/enfermagem com objetivo terapêutico e ferramenta de cuidado (ALVAREZ *et al.*, 2012).

O CAPS AD oferece atendimento à população, realiza o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

O grupo de orientação familiar do CAPS AD possibilita interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimentos e de experiências (CANAVEZ, 2011).

Silva (2004) traz uma reflexão importante sobre a participação familiar nos serviços dos CAPS AD, dizendo que para uma participação efetiva é necessário, além da disposição e da vontade de participar, que haja o vínculo entre profissionais e família, comunidade e usuários; pois, nas práticas de atenção psicossocial a relação entre os profissionais e familiares se intensifica no compartilhamento e organização de novas formas de viver na sociedade.

3.4.3 Grupos de Mútua Ajuda

Os grupos de mútua ajuda são agrupamentos de pessoas de diferentes idades e classes sociais, em busca de apoio mútuo para superar vícios ou comportamentos compulsivos que as levaram a uma vida destrutiva e, na maioria das vezes, a um contexto de exclusão social. O objetivo dos grupos é proporcionar aos familiares o entendimento dos efeitos do consumo de substâncias bem como resgatar perdas e modificações que a convivência com a dependência química ocasionou na família (CANAVEZ, 2011).

Zanellato e Rezende (2003) citam que os grupos de autoajuda têm como características o fato de ter formação espontânea, de apoio mútuo e educacional; a liderança emerge do próprio grupo; o conteúdo remete sempre a um único evento desestruturador de vida; os integrantes participam de forma voluntária, entre pessoas que se sentem identificadas por algumas características semelhantes entre si e se unificam quando se dão conta que tem condições de ajudarem reciprocamente, não existem interesses financeiros; visam o crescimento pessoal dos participantes e têm caráter anônimo e confidencial.

Berchelli e Santos, (2005) Mencionam que quando o familiar começa a participar dos grupos ele percebe que pode modificar o seu modo de agir e ter resultados na diminuição do sofrimento. Ele percebe o alívio das angústias e passa a ter a percepção que pode ser agente de sua própria mudança. O familiar pode sentir-se estimulado não somente pelo seu progresso, mas, também, observando a melhora obtida em outros participantes e considerar a universalidade.

No que concerne aos grupos de Mútua Ajuda, os mais citados em publicações e que estão inseridos nestes grupos são Nar-Anon (Grupo de Autoajuda para Familiares de Narcóticos Anônimos), Amor Exigente (Grupo de Autoajuda para Familiares de Usuários de Drogas), e CODA (Grupo de Autoajuda para Codependentes Anônimos).

3.5 Atuação do Enfermeiro

O enfermeiro na saúde mental desenvolve várias funções, como as de suprir necessidades dos pacientes; de ser socializador e terapeuta; de auxiliar as pessoas individualmente ou em grupos, de modo que elas possam desenvolver um autoconceito mais positivo e um melhor relacionamento social; criar e manter o ambiente terapêutico; encaminhar para serviços existentes na comunidade como oficinas abrigadas, residências terapêuticas, grupos de autoajuda, programas psico-educacionais; atuar como figura significativa; educar o cliente e a família sobre a saúde mental; gerenciar o cuidado; atuar em equipe interdisciplinar; participar e criar ações comunitárias para a saúde mental; participar da elaboração de políticas de saúde mental; promover a reabilitação social da pessoa. Além dessas, o enfermeiro desenvolve ainda funções de pré-consulta e consulta especializada de enfermagem psiquiátrica e gerencia as atividades da equipe de enfermagem (STEFANELLI *et al.*, 2008).

O enfrentamento da codependência é um desafio que está posto para os enfermeiros, pois são os profissionais que mantêm um contato maior com os usuários dos serviços de saúde, tendo grande potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais (ROSENSTOCK; NEVES, 2010)

Moraes (2009) lembra que a Enfermagem desenvolve assistência à saúde da família há algum tempo e para isso, estudando, pesquisando e prestando cuidados nas demais situações de saúde-doença.

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. Que contempla conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se dá pelo ensino, pesquisa e assistência (COREN, 2012).

A reforma psiquiátrica prevê o redirecionamento da assistência à pessoa com transtorno mental, isso implica nas atuais transformações da assistência em saúde mental e repercutem em vários aspectos na prática da enfermagem que passa a ser desenvolvida em diversificados serviços/dispositivos. O cuidado, por sua vez, necessita ter o foco no usuário e na sua família com vistas a conferir-lhes

orientações, esclarecimentos, valorização do conteúdo de sua comunicação e estímulo e criação de condições de ressocialização (SOARES, 2011).

Ao prestar assistência ao dependente químico o enfermeiro deve também estender sua atenção aos familiares e, dentro dessa perspectiva, estar preparado para perceber sinais e sintomas de codependência e atuar junto aos mesmos. No entanto, as dificuldades enfrentadas para perceber e prestar a devida assistência à essas pessoas são inúmeras e vão desde a conduta dissimulada que muitos familiares assumem por medo das reações do paciente para com eles, pelas suas próprias dúvidas e inseguranças até o desconhecimento de ser um codependente (PALADINI, 2008).

Compete ao enfermeiro apoiar a família, auxiliando-a a compreender e a enfrentar o cotidiano que envolve o cuidar do dependente químico, deixando a condição de sentir-se responsável pelo uso de drogas do seu familiar para a construção de uma atitude positiva (ALVARES *et al.*, 2012).

As ações do enfermeiro devem estar focadas na promoção da saúde mental e na prevenção de patologias que possam surgir devido ao estresse que surge ao conviver com o dependente químico (CANAVEZ, 2011).

Canavez (2011) cita que o trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano do enfermeiro, onde o participante deve ser valorizado como pessoa e, suas potencialidades devem ser ressaltadas, a fim de ajudá-lo a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis. Os grupos assumem diversos formatos conforme suas finalidades, podendo ter o objetivo de oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, aprender mudanças de comportamentos, treinar relações humanas e oferecer psicoterapia. O enfermeiro tem um papel importante, por contribuir efetivamente com a sua prática, nessa área de grande relevância social, realizando atividades nas quais presta atendimento individual e em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, dentre outros); realiza oficinas terapêuticas à família, visitas e atendimento domiciliário e atividades comunitárias, enfocando a reinserção social do usuário na sociedade.

Travelbee (1979 *apud* CANAVEZ 2011) consideram que a relação interpessoal terapêutica é um processo de troca de comprometimento, ressaltando

ser o enfermeiro o responsável por ajudar o paciente a encontrar a sua própria cura. O enfermeiro se une ao paciente/família para ajudá-lo a revelar e compreender sua experiência, e a partir daí, desenvolver um relacionamento, dando-lhes a responsabilidade de observar sua própria experiência, analisar seus elementos, reconhecer o que está ocorrendo, expressar isto com outras pessoas através da comunicação e de examiná-la numa perspectiva adequada. Portanto, a relação interpessoal terapêutica é um processo de troca de comprometimento, sendo o enfermeiro responsável por ajudar o paciente a estabelecer uma relação terapêutica.

O papel do enfermeiro como agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. O objetivo da enfermagem psiquiátrica não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas sim o compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico. O cuidado oferecido deve respeitar e acolher a diferença do psicótico, ele deve ser percebido como um sujeito humano e não como um sintoma a ser debelado; além disso, o exercício da ousadia, da criatividade e da alegria deve estar sempre associado à atividade terapêutica. O enfermeiro está cada vez mais atuante e consciente de seu novo papel e tem condição de explorar diversas modalidades terapêuticas no desempenho de sua atividade profissional, colocando em prática alternativas de atenção ao doente, para que mantenham o exercício de sua autonomia e cidadania, ou mesmo para reabilitá-los. Estas alternativas fazem com que o tratamento oferecido ao paciente seja menos sacrificante e mais prazeroso, podendo até mesmo reduzir o tempo de internação hospitalar, caso se faça necessário (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

AZEVEDO, (2010) cita que:

A assistência de enfermagem deve atender “a demanda do indivíduo e de sua família”, requerendo-se “um aprendizado que ultrapasse os conceitos teóricos da reforma psiquiátrica”. Assim, pois, exige habilidades e competências adquiridas no manejo diário e experiencial, tanto como no aprender a aprender com os múltiplos saberes que advêm da prática da enfermagem, como também na busca da inclusão social e da implementação de ações para um cuidar adequado às constantes modificações desse agir terapêutico.

O profissional enfermeiro ao prestar assistência, não deve resolver os problemas do sujeito, mas deve trabalhar com ele, buscando soluções que sejam

adequadas para a sua condição, utilizando de suas habilidades e de seu conhecimento, oferecendo intervenção terapêutica, sabendo ouvir e intervindo por meio de instrumentos e ações que visem uma melhor qualidade de vida para o doente mental. (LACCHINI *et. al.*, 2011).

CANAVEZ (2011) menciona que o enfermeiro não deve trabalhar isoladamente; é necessária a assistência interdisciplinar, realizando uma abordagem conjunta com os outros membros da equipe sem deixar de ter as particularidades inerentes a sua profissão, devendo comprometer-se com o projeto de transformação da assistência a partir da transformação de si mesmo, consolidando a prática em equipe, buscando a integração e a distribuição do poder. Nesse sentido a capacidade de empatia, do uso de si mesmo como mediador do cuidado, requer do enfermeiro habilidades pessoais. Para estabelecer o relacionamento terapêutico, é necessário ir além dos papéis de enfermeira e paciente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação e a discussão dos resultados da revisão integrativa serão realizados simultaneamente neste tópico.

Foram encontrados 38 artigos nas bases de dados consultadas, dentre estes 20 foram utilizados no desenvolvimento do trabalho, segundo os critérios de inclusão e 14 conversavam sobre uma das questões do objetivo proposto. Observa-se que um maior número de publicações sobre o tema ocorreu a partir do ano de 2006.

Quanto às publicações, nota-se que o tema codependência ainda é muito abordado por psicólogos, e que há certa escassez de publicações quanto ao tratamento do codependente. Isso vai ao encontro de que, mesmo diante do quantitativo alarmante de dependentes químicos e das consequências da dependência à família, essa temática ainda é pouco abordada. Sendo assim, é necessário o desenvolvimento de mais estudos, a fim de contribuir com a produção científica e de fornecer subsídios aos profissionais da área da saúde.

A dependência química é uma doença que atinge não só quem consome a droga, mas, sobretudo as pessoas que com ela convive principalmente sua família, pois são os que estão mais próximos do usuário. Stamm (2004), afirma que com esse tipo de convivência, ou seja, ao se deparar com esta problemática, o sistema familiar acaba por gerar um relacionamento extremamente adoecido, a mudança da rotina e dos sentimentos destes familiares faz com que eles adoeçam psicológica e emocionalmente.

De acordo Pratta e Santos (2006), as consequências do uso de drogas continua sendo um dos assuntos mais debatidos na atualidade, não depende de raça e nem poder aquisitivo, a droga é um mal que tem atraindo cada vez mais usuários e conseqüentemente, causando danos à sociedade envolvendo nesse sofrimento as pessoas com quem os usuários convivem, caracterizando-se como um problema social e de saúde de pública.

Fica evidenciado que o uso de drogas por parte de um filho ou marido atinge mais fortemente a família. Sendo possível identificar sofrimento, conflitos

emocionais e tensões relacionadas ao uso intenso da droga e o comportamento do usuário em função desse consumo.

A codependência se inicia quando uma pessoa, numa relação comprometida com um dependente, tenta controlar seu comportamento na esperança de ajudá-lo e como consequência dessa busca mal sucedida de controle das atitudes do próximo, a pessoa acaba perdendo o domínio sobre seu próprio comportamento e vida, ela deixa de acreditar em si mesma e nos outros, perde a fé e vontade de viver.

O impacto que a família sofre com o uso das drogas por parte de um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza, ou seja, o dependente adoece, sofre, agita-se, a família, naturalmente, vai expressar reações, tornando-se assim codependente do dependente em questão, adoecendo, sofrendo, agitando-se (MORAES *et al.*, 2009).

Codependentes são, na maior parte dos casos, pais ou cônjuges do dependente químico, que vivem em função desse indivíduo e que fazem desta tutela obsessiva a razão de suas vidas. São pessoas que sentem um intenso sentimento de culpa e geralmente não conseguem se desvencilhar da pessoa dependente. Compulsivamente vivem tentando ajudar a outra pessoa, com isso, tornam-se controladoras e tentam de qualquer maneira mudá-los, esquecendo-se de si mesmo na maior parte do tempo e deixando que sua vida, seus relacionamentos, sua felicidade e sua autoestima sejam afetadas pelo comportamento do outro. Equivocadamente, se responsabilizam por outra pessoa tentando controlar o comportamento, as ações e reações do outro (BEATTIE; MEDOLY, 1997).

As definições sobre codependência são diversas, mas pode-se chegar há um consenso de que é uma condição específica de âmbito psicológico, comportamental e emocional, que se caracteriza por uma dependência excessiva de um indivíduo em relação ao outro.

Zanelatto e Rezende (2003) definem codependência por ser um comportamento desajustado ou doentio, associado com a vida, trabalho ou qualquer outra situação de proximidade de uma pessoa dependente químico.

Focalizando no comportamento do outro, o familiar codependente não vê o seu próprio comportamento muitas vezes compulsivo; algumas características importantes ajudam a detectar se a família como um todo ou um familiar em particular está vivendo uma situação de codependência. Payá e Figlie (2004), Moraes *et al.* (2009), Zambieri (2004) e Canavez (2011) afirmam que os principais sentimentos presentes na família que convive com dependente químico 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 encontra, baixa autoestima, negação, decepção, frustração, insegurança, ilusão, ansiedade, angústia, culpa, tristeza, impotência, fracasso, sensação de vazio e o desconhecimento dos próprios sentimentos.

Em geral os codependentes apresentam problemas como disfuncionalidade em relação à afeição e integração, pouca coesão, problemas de disfunção de papéis, falta de coerência e explicitação das normas, assim como dificuldades na expressão de conflitos e agressividade, passam a desconfiar dos outros e de si mesmo, podem perder a fé e a confiança em Deus, misturam reações passivas e agressivas, ficam deprimidos e pensam em suicídio. É comum a negação da existência de problemas (BEATTIE, 2002).

Dentre os mais variados sentimentos, que emergem em um indivíduo codependente a culpa é um dos sentimentos mais perceptíveis na condição de codependência do familiar, desde o início do consumo de drogas, pois, muitas vezes a família começa a fazer uma retrospectiva das vezes que deixou de impor limites. O familiar assume uma atitude obsessiva para cuidar, preocupando-se e controlando excessivamente o dependente químico. Nesse momento, entra em cena uma das principais características da codependência, que é o excesso de atenção ao outro, o qual, muitas vezes, o faz esquecer se de si próprio (CANAVEZ, 2011).

A codependência é expressa, também, por meio de outras características como mudança no estilo de vida e decorrentes dos acontecimentos vividos e somados à repressão continuada de emoções e sentimentos, podendo inclusive, surgir ou se agravar doenças como: hipertensão arterial, diabetes, cefaleia, insônia, alterações do sono, distúrbios do ritmo intestinal, anorexia, cansaço físico e mental,

comportamento compulsivos como comer, gastar dinheiro e trabalhar (MORAES *et al.*, 2009).

Alguns padrões e características podem ser usados como ferramentas para diagnosticar a codependência, auxiliando a pessoa na auto avaliação como: padrão de negação, de baixa autoestima, de conformidade e de controle.

Padrões de negação, quando os codependentes têm dificuldades para identificar sentimentos, minimizam, mudam ou até mesmo os negam; escondem a dor de varias formas como raiva, depressão e isolamento.

Padrões de baixa autoestima, quando os codependentes têm dificuldades para tomar decisões, depreciam seus pensamentos, são incapazes de pedir aos outros que os ajudem em suas necessidades e desejos; valorizam a aprovação dos outros quanto às suas ideias, não reconhecem a si próprios como pessoas de valor.

Padrões de conformidade, quando comprometem seus valores e integridade para evitar rejeição e a raiva dos outros; são muito sensíveis aos sentimentos dos outros e assumem os mesmos sentimentos; são extremamente leais, permanecendo em situações penosas por muito tempo; supervalorizam as opiniões e os sentimentos dos outros e temem expressar pontos de vista e sentimentos contrários aos deles; deixam de lado interesses pessoais e hobbies para fazer o que os outros querem; aceitam o sexo como substituto do amor.

Padrões de controle, quando os codependentes creem que os outros são incapazes de cuidar de si próprios, tentam convencer os outros sobre como deveriam pensar e agir, ficam ressentidos quando os outros recusam suas ofertas de ajuda, oferecem conselho e orientação sem que lhe peçam, são pródigos em presentear e favorecem aqueles de quem gostam.

Polyanna (2013) descreve que quando o codependente começam a dar conta da dependência química de seu ente querido se entristece ao extremo, tem angústia e tristeza profundas e muitas emoções negativas em relação a dependência química; com isso, estabelece com ele regras e acordos com promessa de presentes e recompensas no cumprimento delas. Entende que todo esforço vale a pena para que o ente querido abandone a droga e volte a ser como antes. Como na maioria das vezes estas negociações não funcionam, o codependente passa a sentir

muita raiva, por vezes até mesmo ódio de si mesmo e do dependente, se tornando agressivo verbalmente, insultando, humilhando e em alguns casos chega a agressão também física.

Paya e Figlie (2004) e Souza (2010) alegam que o impacto da dependência química que a família vivência acontece em vários estágios progressivos ocorrendo primeiramente a tensão e desentendimento e as pessoas deixam de falar o que realmente pensam e sentem. Mentiras e cumplicidades instauram um clima de segredo familiar, a regra é não falar no assunto, mantendo a ilusão de que as drogas não estão causando problemas para a família. A desorganização da família é consequência e seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores ao uso de drogas como: dar dinheiro, repondo os objetos trocados por drogas, pagando as contas pessoais e com os traficantes e até mesmo aceitando o uso de drogas dentro de casa. Na exaustão emocional da família podem surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros. A situação fica insustentável e leva ao afastamento entre os membros, gerando grave desestruturação familiar. O cansaço e a desesperança são tão grandes que desistem de si mesmos e do seu familiar, entregam-se à dor, perdem a fé e por vezes desistem da vida.

Segundo CODA (2012) o tratamento do codependente só tem início com a tomada de consciência e aceitação por parte do mesmo; a partir de então, o codependente entende sua condição e necessidade de ajuda e percebe que ele também necessita de alívio para suas dores, que de forma inadequada se concentram no "outro". Nesse momento de conscientização e aceitação do codependente é que o enfermeiro encontra um campo fértil para a sua atuação. A enfermagem é uma profissão que contempla conhecimentos científicos e técnicos, construindo e reproduzindo um conjunto de práticas social, ético e políticas, segundo o COREN (2012), e que por meio da orientação e da assistência é capaz de realizar a prestação de serviços a essa pessoa.

A enfermagem desenvolve assistência à saúde da família há algum tempo e para isso, estuda, pesquisa e presta cuidados nas demais situações de saúde-doença (MORAES, 2009).

Ao prestar assistência ao dependente químico o enfermeiro deve também estender sua atenção aos familiares e, dentro dessa perspectiva, estar preparado para perceber sinais e sintomas de codependência e atuar junto aos mesmos. No entanto, as dificuldades enfrentadas para perceber e prestar a devida assistência à essas pessoas são inúmeras e vão desde a conduta dissimulada que muitos familiares assumem por medo das reações do paciente para com eles, pelas suas próprias dúvidas e inseguranças até o desconhecimento de ser um codependente.

O familiar codependente somente pode iniciar a modificação de seu comportamento patológico com o dependente químico a partir do reconhecimento desta compulsão. É preciso perceber e reconhecer que seu relacionamento com o dependente químico é patológico, e que seus esforços em ajudá-lo e protegê-lo estão fadados ao fracasso, que cada um é responsável por si mesmo, e que não se pode resolver problemas alheios, ou preocupar-se com eles; sendo assim, o tratamento implica em reconhecer, aceitar e enfrentar a realidade como ela é, libertando da culpa e do remorso, desenvolvendo forças pessoais para iniciar seu próprio processo de autoconhecimento e o fortalecimento da autoestima.

Carvalho e Negreiros (2011) citam que o tratamento da codependência centra-se na dificuldade do indivíduo que sofre e choca-se com as suas mudanças emocionais e comportamentais na tentativa de melhoria na relação com o outro. Há quem se mantenha na codependência a vida toda para não ter que passar pelo angustiante processo de separação.

O enfrentamento dessa problemática é um desafio que está posto para os enfermeiros, pois são esses profissionais que mantêm maior contato com os profissionais de serviço da saúde, tendo grande potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

As ações do enfermeiro devem estar focadas na promoção da saúde mental do codependente e na prevenção de patologias que possam surgir devido ao estresse de conviver com o dependente químico, devendo estar preparado para perceber sinais e sintomas de atuar junto aos mesmos.

A inclusão da família no tratamento da dependência química é pertinente na melhora do próprio dependente, por isso a abordagem familiar deve ser considerada parte integrante do tratamento. Estudos indicam que, até o momento, não foi estabelecida uma abordagem de maior eficácia nesta área, cabendo a cada terapeuta a escolha da abordagem que melhor se adapte a cada família, afinal cada família é única como cada pessoa nela, sendo necessários vários meios de interação (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

O enfermeiro na saúde mental realiza a função de socializador e terapeuta, auxilia as pessoas individualmente ou em grupos de modo que elas possam desenvolver um autoconceito mais positivo e um melhor relacionamento social.

É importante ressaltar que a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um processo essencial nos programas terapêuticos. Abordagens familiares são compreendidas como intervenções com a participação da família no processo de tratamento

Entre os recursos para assistência aos familiares se encontram os grupos. O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano do enfermeiro, onde o participante deve ser valorizado como pessoa e, suas potencialidades devem ser ressaltadas, a fim de ajudá-lo a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis. CANAVEZ (2011) relata que o grupo de orientação familiar traz inúmeros benefícios, pois, juntos formam uma rede de apoio, permanecendo interligados por uma problemática em comum, a dependência química. Juntos há uma troca constante, seja de informações ou de sentimentos, os familiares utilizam o espaço para apresentarem suas queixas, seus sentimentos e suas histórias, revelando o alto nível de estresse a que são submetidos, constituindo assim um espaço ideal para realizar uma catarse, aliviar esta carga e encontrar soluções ou alternativas para superar tais dificuldades. O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano do enfermeiro, o profissional tem um papel importante, porque com sua prática pode contribuir efetivamente com a família.

O tratamento tem maior abrangência quando realizado por uma equipe multidisciplinar e essa equipe deve pautar a assistência na ética, na humanização e na assistência integral, visando à aceitação, a reciprocidade e a interação, tanto entre os técnicos, quanto aos sujeitos sob seu cuidado (VILLELA; SCATENA, 2004).

Independente do modelo terapêutico a que o indivíduo e a família se submetam, é de extrema importância que sejam trabalhadas as características individuais do dependente químico, as características particulares de cada família, suas relações interpessoais e a relação indivíduo/família.

Ao prestar assistência deve se lembrar de que a os profissionais da saúde não devem pensar no paciente ou cliente como tal, mas como seres humanos que naquele momento necessitam de assistência de outros seres humanos, a fim de ajudá-los, por isso a denominação é apenas uma característica do momento (TRAVELBEE, 1979 *apud* CANAVEZ, 2011).

A partir das abordagens descritas, torna-se possível compreender a versatilidade das diferentes modalidades terapêuticas dentro de uma intervenção para o codependente; pois, o codependente se percebe através da opinião do outro perdendo a capacidade de perceber seus sentimentos, quando estes se referem a sua própria pessoa, e também não atribuem a ele características positivas. Em suas respostas encontram-se apenas características negativas, sendo que estas características são as verbalizadas pelo outro, sendo que este "outro", costumeiramente é o parceiro do relacionamento afetivo.

O papel do enfermeiro como agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. O objetivo da abordagem é o compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico. O cuidado oferecido deve respeitar e acolher a diferença entre cada pessoa, que deve ser percebida como um sujeito humano e não como um sintoma a ser debelado; além disso, o exercício da ousadia, da criatividade e da alegria deve estar sempre associado à atividade terapêutica. O enfermeiro está cada vez mais atuante e consciente de seu novo papel e tem condição de explorar diversas modalidades terapêuticas no desempenho de sua atividade profissional, colocando em prática alternativas de atenção ao doente, para que mantenham o exercício de sua autonomia e cidadania, ou mesmo para reabilitá-los.

Para isso, Travelbee (1979 *apud* CANAVEZ, 2011) consideram que a relação interpessoal terapêutica é o processo de troca de comprometimento, ressaltando ser o enfermeiro o responsável por ajudar o paciente a encontrar a sua própria cura. O enfermeiro se une ao paciente/família para ajudá-lo a revelar e compreender sua

experiência, e a partir daí, desenvolver um relacionamento, dando-lhes a responsabilidade de observar sua própria experiência e de examiná-la numa perspectiva adequada. Portanto, a relação interpessoal terapêutica é um processo de troca de comprometimento, sendo o enfermeiro responsável por ajudar o paciente a estabelecer uma relação terapêutica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química em um dos familiares causa consequências danosas, provocando rupturas e desorganização das relações interpessoais, com consequente prejuízo na qualidade de vida e na saúde daqueles que convivem com este problema. A sobrecarga emocional a que a família é submetida, em decorrência da convivência, é destacada através de sinais e sintomas, como: 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 encontra, baixa autoestima; negação; decepção; frustração; insegurança; ilusão; ansiedade; angústia; culpa; tristeza; impotência; fracasso; sensação de vazio; e o desconhecimento dos próprios sentimentos.

Ficou evidenciado que a vida do codependente passa de um extremo a outro que vai desde a negação de si mesmo para manter a outra pessoa feliz, até uma fuga compulsiva dos outros, para manter-se seguro.

Foi possível analisar os sentimentos revelados dos familiares que tem um dependente químico na família e dificuldades diversas foram relatadas, dentre as quais, aponta-se sentimentos de tristeza, impotência, depressão, ansiedade, angústia, culpa, fracasso, vergonha e o desconhecimento dos próprios sentimentos. Neste campo a enfermeira tem a função de ajudar no desenvolvimento de uma filosofia de vida, que lhes dê sustentação nos momentos de pressão e sofrimento, respeitando a individualidade de cada sujeito e estimulando-o quanto ao autocuidado e sua reinserção em grupos sociais e comunitários.

O enfermeiro é um profissional qualificado e por manter, um maior contato com os usuários dos serviços de saúde, tem um grande potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas, e atuar junto aos mesmo e seus familiares, desenvolvendo ações assistenciais e terapêuticas. O enfermeiro em saúde mental atua em funções como as de ser socializador e terapeuta, auxiliando as pessoas individualmente ou em grupos, de modo que elas possam desenvolver um autoconceito mais positivo e um melhor relacionamento social.

Ao prestar assistência o enfermeiro deve resgatar a família como unidade que cuida, mas que também precisa ser cuidada. No entanto, as dificuldades

enfrentadas para perceber e prestar a devida assistência a essas pessoas são inúmeras e vão desde a conduta dissimulada que muitos familiares assumem por medo das reações do paciente para com eles, pelas suas próprias dúvidas e inseguranças até o desconhecimento de ser um codependente.

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

Ao concluir, pode-se constatar que as modalidades terapêuticas trazem inúmeros benefícios a cada familiar, pois juntos, formam uma rede de apoio, permanecendo interligados por uma problemática em comum, a dependência química. Juntos há uma troca constante, seja de informações, sentimentos ou dificuldades, possibilitando o senso de inclusão, valorização e favorecendo a escuta, na medida em que se têm vários olhares acerca de um mesmo problema. Nos grupos os familiares utilizam o espaço para apresentarem suas queixas, seus sentimentos e suas histórias, revelando o alto nível de estresse que são submetidos. Constitui-se um espaço ideal para realizar uma catarse, aliviar esta carga e encontrar soluções alternativas.

Este estudo permitiu fomentar uma reflexão sobre a prática de intervenção de saúde junto aos familiares dos dependentes químicos, pois, as práticas de intervenção, ainda são muito focadas na droga, e, por conseguinte, no indivíduo que dela é dependente.

Com relação à atuação do profissional Enfermeiro no cotidiano de famílias que convivem com indivíduos dependentes químicos, percebeu-se que há escassez de publicações. Isso vai ao encontro de que, mesmo diante do quantitativo alarmante de dependentes químicos e das consequências da dependência à família, essa temática ainda é pouco estudada por profissionais. Assim, é necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre a temática, a fim de contribuir com a produção científica e de fornecer subsídios aos profissionais da área da saúde.

Esse trabalho foi muito importante para aquisição e aprendizagem onde o assunto é cada dia mais frequente em nosso meio, e revisar a literatura trouxe outras visões e entendimento do assunto.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Gilberta (org.). **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**. 1ª ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 265 p.

ALVAREZ, Simone Quadros; GOMES, Giovana Calcagno; OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de, XAVIER, Daiani Modernel. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.33, n.2, p. 102-108. jun 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/15.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; PEDRÃO, Luiz Jorge. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p. 737-742. set./out., 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a19.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2015

ARAGAO, Antonio Teulberto Mesquita; MILAGRES, Elizabete; FIGLIE, Neliana Buzi. Qualidade de Vida e Desesperança em Familiares de Dependentes Químicos. **Psico-USF**, Itatiba, v. 14, n. 1, p.117-123 jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v14n1/a12v14n1.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>> Acesso em 10 de abr. de 2015.

BALLONE G. J. **Codependência**. In: Psiq Web, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>> . Acesso em: 20 fev. 2015.

BARTOLON, Cassandra B. **Funcionamento Familiar e Aspectos de Saúde Associados à Codependência em Familiares de Usuários de Drogas**. 2010 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Saúde) - Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2010.

BECHELLI LPC, Santos MA. O Paciente na Psicoterapia de Grupo. **Revista Latino-Am de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 1. P.118-125, jan./fev; 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a19.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BEATTIE, Melody. **Co-dependência nunca mais**. Rio de Janeiro: Record, 2003. 398 p.

BEATTIE, Melody. **Para além da Co-dependência**. 2. ed .Rio de Janeiro: Record, 2002. 267 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de SDT e AIDS. **A Política Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CANAVEZ, Márcia Figueira. **O Enfermeiro no Grupo de Orientação Familiar Codependente do Dependente Químico**. 2011. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal UNIRIO, Rio de Janeiro, 2011.

CARVALHO, Leilanir de Sousa; NEGREIROS, Fauston. A co-dependência na perspectiva de quem sofre. **Bol. Psicol.** São Paulo, v. 61, n. 135, p. 139-148, jul. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v61n135/v61n135a02.pdf>> Acesso em: 09 abr. 2015.

CODA BRASIL. **Os doze passos: Uma perspectiva**. (4ª ed.). São Paulo: Grupo de apoio Co-dependentes Anônimos - CODA. Co-dependentes Anônimos, 2012. Disponível em:< <http://www.codabrasil.org.br/>>. Acesso em 02 mar. 2015.

COREN- Conselho Regional de Enfermagem. Código de ética. Resolução do COFEN 311/2007, 2012. Disponível em: < <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em 02 mar. 2015.

DEBOUL, Pereira Porto Elisângela. **Dependente químico e família, uma visão sistêmica**. 2011. 47f. Monografia (Especialista em Terapia Familiar) - Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2011.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência Química: Prevenção Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011.

DRUMMOND FILHO, Caetano. **Drogas, a busca de respostas**. São Paulo: Editora Loyola, 1998.

FARIA, Luana Silveira. **A natureza das relações co-dependentes sob o enfoque bio-psico-social**. 2003. 205f. Monografia (Bacharel em Psicologia) - Faculdade de Ciências da Saúde- FACS. Brasília, 2003.

FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo Ramos; BORDIN, Selma. **Aconselhamento em Dependência Química**. 1ª ed. São Paulo: Editora Roca, 2004.

FIGLIE, Neila Buzi; PAYÁ, Roberta; KRULIKOWSKI, P.F. Patrícia; LARANJEIRA, R. Robaldo. Intervenção breve em familiares de dependentes químicos: resultados de um estudo de seguimento de 30 meses. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 5, p. 327-33, 2002. Disponível em: < http://uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/Intervencao_Breve_em_Familiares_de_DQ_seguimento_de_30_meses._J_Bras_Psiq_515_327-333_2002.pdf> Acesso em 20 mar. 2015.

GALERA, Sueli Aparecida Frari; LUIS, Margarita Antonia Villar. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v.36, n.2, p. 141-147, jun.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a05.pdf>>. Acesso em 21 Fev. 2015.

JUNIOR, Aldo Beck. **Dependência do crack: repercussões para o usuário e sua família**. 2010. 35f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS, Porto Alegre, 2010.

KESSKER, Félix H. Paim, DIEMEN, Lisia Von; PECHANESKY, Flavio. Dependência química. In: KAPXZINSKI, J. Q; IZQUIERDO, I. (Org.). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, v. 1, p. 337-345.

LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso; RIBEIRO, Danilo Bertasso; SOCCOL, Keity Laís Siepmann; TERRA, Marlene Gomes; SILVA, Rodrigo Marques. A Enfermagem E A Saúde Mental Após a Reforma **Psiquiátrica**. **Rev. Contexto Saúde**. Ijuí, v.10 n.20 p. 565-568, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1579/1334>>. Acesso em: 02 mar. 2015

LOPES, Gertrudes Teixeira; LUIS, Margarita Antonia Villar. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro - Brasil: atitudes e crenças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.13, n.esp., p. 872-879, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea15.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

MAÇANEIRO, Amarildo. **Percepção do Dependente Químico ao Processo de Recuperação**. 2008. 76f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Universidade do Vale Itajalí UNIVALI, Santa Catarina, 2008.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764. Out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MORAES, Leila. **Atenção de Enfermagem ao Familiar do Dependente Químico: Grupo como Estratégia do Cuidar**. 2008. 242 f. Tese (Doutor em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CClQFjA_A&url=http%3A%2F%2Fwww.repositorio.ufc.br%2Fri%2Fbitstream%2Friufc%2F2122%2F1%2F2008_tese_Impmoraes.pdf&ei=TylQVcW3NsuwggT8-IH4Aw&usg=AFQjCNHJcSrm3ZUvg5z_PtOmT_w12AIHPg&bvm=bv.92885102,d.eXY> Acesso em 15 de mar. De 2015.

MORAES, Leila M. Paiva; BRAGA, V. Augusta Batista; SOUZA, Ângela M. Alves; ORIÁ, Monica O. Batista. **Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos**. **Rev. Min. Enf. Minas Gerais**, v. 13 n.2 p. 34-42, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/160>>. Acesso em: 02 mar. 2015

NOGUEIRA, Juliana. Guimaraes. **A importância da família na problemática da drogadição com adolescentes sob o olhar da análise do comportamento**. 2009. 43f. Monografia (Bacharel em Psicologia) - Faculdades Integradas FAFIBE, Bebedouro, 2009.

OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. **Informação sobre drogas. Definição e Histórico**. Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.obid.sead.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastro=INFORM>

A%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico>. Acesso em 09 abr. 2015.

OLIVEIRA, Bergma S. Ingrid. **Tecendo Saberes: Fenomenologia do Tratamento da Dependência Química**. 2007. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Pará. Belém, 2007.

OLIVEIRA, Pâmela Kath, MOTA, Mariana Soares; GOMES, Giovana Calcagno; SALVADOR, Marli dos Santos; XAVIER, Daiani Modernel. **"A Visibilidade do Profissional Enfermeiro em Um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: Relato de Experiência"**. In: II Jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA. v.2, 2012, Santa Maria. Visibilidade Profissional Do Enfermeiro: Avanços e Conquistas. Rio Grande do Sul: Centro Universitário Franciscano, 2012

ORTH, Anaídes P. Silva.; MOREÍ Carmen L. O. Ocampo. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**. Curitiba, vol.26 n.55, p.293-303, out/dez. 2008. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2525&dd99=pdf>> . Acesso em: 01 mar. 2015.

PALADINI. Thereza Aparecida. S. **Co-dependência – Conceito, Etiologia, Sintomas e Abordagens Terapêuticas**. 2008. 32f. Monografia (Especialização em Dependência Química) - Unidade Pesquisas em Álcool e Drogas –UNIAD, São Paulo, 2008.

PAYÁ, Roberta; FIGLIE, Neliana. B. **Abordagem Familiar em Dependência Química**. In. FIGLIE, N. B. (org). Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS Manoel. Antonio. Reflexões sobre as relações entre, drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, Natal. v.11 n. 3, p. 315-322, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/09.pdf>>. Acesso em 19. fev. 2015.

PRATTA, Elisângela Maria Machado and SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia. Teor. e Pesq.** Brasília, v. 25, n.2, p. 203-211, Abr./Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/08v25n2.pdf>>. Acesso em 04. mar. 2015.

POLYANNA P. **Amando um dependente químico**. 2013. Qual fase você esta? Disponível em: < [http:// amandoumdependentequimico.blogspot.com.br/2013/11/em-que-fase-voce-esta.html](http://amandoumdependentequimico.blogspot.com.br/2013/11/em-que-fase-voce-esta.html)>. Acesso em 04. Mar. 2015.

ROCHA, Ana Paula. **As problemáticas enfrentadas pelas famílias co-dependentes no tratamento da dependência química no âmbito do programa amor-exigente no município de Ponta Grossa**. 2011. 99f. Monografia (Bacharel em Serviços Social) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, 2011.

ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg Vasconcelos; NEVES, Maria José das. **Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa**. PB, Brasil. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 4, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/13.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2015.

SCHENKER, Miriam; MINAYO Maria Cecília de Souza. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.649-659, mai./jun. 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>>. Acesso em 19 mar.2015

SILVA, Lima Ribeiro. **Alcoolismo e abuso de substância psicoativa: tratamento, prevenção e educação.** São Paulo: Editora Vetor, 2000. 123p.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. (org.) **Panorama atual de drogas e dependências.** São Paulo: Atheneu, 2006.

SPRICIGO, Jonas Salomão; ALENCASRTRE, Márcia Bucchi. **O enfermeiro de Unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC.** Rev.Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 12 , n.spe, p.427-432, Mar./Abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea19.pdf>>. Acesso em 20 de fev. 2015.

SOARES, Régis Daniel *et al* . **O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 110-115, jan./mar. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/16.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SOUZA, Alcides. **As Cinco Fases Da Codependencia,** 2010. Disponível em: <<http://soporhoje2.blogspot.com.br/2010/05/as-cinco-fases-da-codependencia-por.html>> . Acesso em: 25 mar. 2015.

STAMM, Maristela. **O cuidado transpessoal como referencial no cuidado à família em situação de alcoolismo.** In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos. O viver em família e sua interface com a saúde e doença. 2 ed. Maringá: Eduem, 2004.

STEFANELLI, Maguida Costa. FUKUDA, Ilza Marlene; KUAE, Arantes; CANÇADO, Evalda. (Orgs.) **Enfermagem Psiquiátrica - Em Suas Dimensões Assistenciais.** São Paulo: Manole, 2008.

STUART Gail, W., LARAIA, Michele T.. **Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática.** 6ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem Psiquiátrica conceitos de cuidados.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. **A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental.** Rev. bras. Enferm. Brasília, v.57, n.6, p. 738-741. Nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015

ZAMPIERI, Maria. Aparecida. Junqueira. **Codependência: o transtorno e a intervenção em rede.** 1ª ed. São Paulo: Ágora, 2004.

ZAMPIERI, Maria Aparecida Junqueira. **Padrão de Co-dependência e Prevalência de Sintomas Psicossomáticos.** 2004. 84f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Jose do Rio Preto, 2004.

ZANELATTO Neide Aparecida, REZENDE Manuel Morgato. **Co-dependência. O papel da intervenção terapêutica como alívio do corpo que sofre.** In: Congresso Interamericano De Psicologia Da Saúde: Corpo e Insatisfação, v. 1. São Paulo: Anais do II Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde, 2003. p. 142-142.