



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO E
INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

PATRÍCIA SOUZA DA SILVA BATISTA

**A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE
TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO**

JUAZEIRO DO NORTE - CE

2021

PATRÍCIA SOUZA DA SILVA BATISTA

**A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE
TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Trabalho de Conclusão de curso de Pós Graduação,
apresentado ao curso de Metodologias de Avaliação
e Intervenção em Saúde Mental do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito
obrigatório para obtenção do título de especialista.

Orientador: Francisco Francinete Leite Junior

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2021

A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO

Patrícia Souza da Silva Batista¹

Francisco Francinete Leite Junior²

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral investigar o papel da família no processo de tratamento do dependente químico, objetivando a compreensão de sua função como rede apoio. E como objetivos específicos, abordar sobre a Reforma Psiquiátrica, dando ênfase ao surgimento das redes substitutas, especialmente, o CAPS AD; analisar a dinâmica familiar e o processo de adoecimento mental experienciado tanto pelo dependente químico como pelos próprios familiares; investigar a relevância do papel da família no processo de tratamento do dependente químico e; elencar a atuação do psicólogo frente ao tratamento a respeito do uso de substâncias psicoativas por parte do dependente químico. Quanto ao método, a presente pesquisa trata-se de um estudo de vertente qualitativa, exploratória e bibliográfica, de natureza básica. Para a fundamentação foi realizado um levantamento de literaturas, sendo lido ao todo momento 110 produções, cujas plataformas foram Periódicos Capes, Lilacs e Scielo. Das 80 produções, foram selecionadas 40 bibliografias. Quanto aos critérios de seleção: artigos e livros publicados nos últimos 7 anos. O uso das palavras-chave foram: reforma psiquiátrica e redes substitutas; dependente químico e família; dependente químico, família e adoecimento e usuário de drogas e psicologia. Referente ao critério de exclusão, foram descartadas as produções não associadas ao estudo. Para tanto, verificou-se uma série de nuances relacionadas a compreensão social do dependente químico. Em outro viés, existe uma tentativa de descentralizar a forma de visualizar o dependente químico, o viciado ou as muitas variações pertinentes aos estigmas recebidos. Essa tentativa de estabelecer discussões que provoquem mudanças, faz-se necessária à medida que permite o reconhecimento do outro, visto que é notório no processo de recuperação do dependente químico, o apagamento de sua subjetividade. Logo, é essencial que as ações dos profissionais da saúde, sobretudo, do psicólogo, sejam voltadas para ambos, a saber, família e dependente químico.

Palavras-chave: Família. Apoio. Dependente Químico. Redes substitutas. Psicologia.

ABSTRACT

The present work has the general objective of investigating the role of the family in the process of treatment of drug addicts, aiming at understanding their function as a support network. And as specific objectives, addressing Psychiatric Reform, emphasizing the emergence of substitute networks, especially, CAPS AD; analyze family dynamics and the mental illness process experienced by both the addict and the family members; to investigate the relevance of the role of the family in the process of treatment of drug addicts and; list the role of the psychologist in relation to treatment regarding the use of psychoactive substances by the addict. As for the

¹ Discente do Curso do curso de pós-graduação em Metodologias de avaliação e intervenção em saúde mental do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. E-mail: pabatista23@hotmail.com

² Docente do Curso de pós-graduação do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. E-mail: francinetejunior@leaosampaio.edu.br

method, the present research is a qualitative, exploratory and bibliographic study, of a basic nature. For the reasons, a literature survey was carried out, with 110 productions being read at all times, whose platforms were Periódicos Capes, Lilacs and Scielo. Of the 80 productions, 39 bibliographies were selected. As for the selection criteria: articles and books published in the last 7 years. The use of the keywords were: psychiatric reform and substitute networks; drug addict and family; drug addict, family and illness and drug user and psychology. Regarding the exclusion criterion, productions not associated with the study were discarded. For that, there was a series of nuances related to the social understanding of the drug addict. In another bias, there is an attempt to decentralize the way of visualizing the addict, the addict or the many variations pertinent to the stigmas received. This attempt to establish discussions that provoke changes, is necessary to the extent that it allows the recognition of the other, since it is notorious in the recovery process of the addict, the erasure of his subjectivity. Therefore, it is essential that the actions of health professionals, especially the psychologist, are aimed at both, namely, family and drug addict.

Keywords: Family. Support. Chemical Dependent. Substitute networks. Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Em primeira instância, sabe-se que a problemática entorno do uso exacerbado de substâncias psicoativas tem sido considerada questão de saúde pública, indo desde discussões em nível local como mundial. Partindo dessa perspectiva, diversos setores da sociedade, a exemplo das redes de comunicações, governos, políticas públicas, tem se implicado na constituição de espaços para a conscientização a respeito dos prejuízos que a dependência química pode gerar.

Nisto, ao se falar sobre o sujeito dependente químico, é preciso considerar o mesmo um viés de totalidade, isto é, a partir de aspectos de cunho sociais, fisiológicos, psicológicos, financeiros e espirituais. Conforme Fernandes et al. (2018), o processo de tratamento do dependente químico envolve não apenas a esfera individual, mas no contexto de relações estabelecidos pelo dependente químico.

Diante desse âmbito relacional, a família se perpetua como a base primeira vincular do sujeito, por isso a participação da mesma no processo de tratamento do dependente químico é de suma relevância, visto que é pertinente enfatizar que o adoecimento do usuário de substâncias psicoativas também causam impactos significativos nos familiares. Em estudos de Horta et al. (2016), tal impacto engendra uma série de interrupções dentro do contexto familiar como, por exemplo, rupturas na rotina da família, além de despertar sentimentos negativos como sentir-se desamparado, frustrações e sensações de fragilidade emocional.

A importância da família e seus papéis na vida do sujeito não estão em consenso para diversos estudos realizados por diferentes autores (PEIXOTO, 2004). Para Mioto (1998), a

família assume um papel importante na constituição do sujeito e na determinação de padrões de comportamentos através de controle e medidas educativas adotadas culturalmente ou dentro do âmbito familiar. Com efeito, alguns estudos têm mostrado que a qualidade da relação com a família tem um impacto importante em vários aspectos da vida dos envolvidos. Neste viés, pode-se observar que essa instituição tem um grau de influência muito elevado nas relações que são estabelecidas. A família está intimamente inserida no todo histórico no qual faz parte do ambiente social, que proceder a diferentes tipos de conjuntos familiares, que ressignifica as totalidades sociais, econômicas, religiosas, políticas, culturais.

Nesta perspectiva, a pesquisa vigente parte da justificativa de contribuir em três níveis centrais, a exemplo do pessoal e profissional, domínio científico e social. No primeiro, respectivamente, a saber, pessoal e profissional, a contribuição ocorrerá não apenas para tentar responder a uma indagação da pesquisadora, mas igualmente tem o intento de compreender o processo de adoecimento do dependente químico e as relações familiares, sobre os diálogos entorno da Reforma Psiquiátrica e as redes substitutas, além de como funciona a atuação do profissional da psicologia diante do tratamento do dependente químico e família.

No segundo nível, as discussões abordadas pretendem enfatizar a importância da família como um fator de risco referente a adesão do tratamento do dependente químico. Tal ênfase dar-se devido a tentativa de descentralizar o tratamento em uma perspectiva individual indo em direção a um viés relacional, como aponta Horta et al. (2016).

Por fim, no terceiro nível, isto é, social, é sabido que a construção do conhecimento deve estar alicerçada em pressupostos que devem considerar o seu uso viável para a sociedade, visto que sem essa implicação o presente estudo não exerce significativa relevância. Portanto, a contribuição ao social decorre à medida que as discussões levantadas possam engendrar novos intercâmbios de saberes, elucidações e transformações, almejando a ampliação do conhecimento e sua aplicabilidade nas comunidades, independente do grau de instrução.

Neste intento, propõe-se como problemática: qual o papel da família no processo de tratamento do dependente químico?

Em relação aos objetivos, o presente trabalho tem como objetivo geral investigar o papel da família no processo de tratamento do dependente químico, objetivando a compreensão de sua função como rede apoio. E como objetivos específicos, abordar sobre a Reforma Psiquiátrica, dando ênfase ao surgimento das redes substitutas, especialmente, o CAPS AD; analisar a dinâmica familiar e o processo de adoecimento mental experienciado tanto pelo dependente químico como pelos próprios familiares; investigar a relevância do papel da família no processo de tratamento do dependente químico e; elencar a atuação do psicólogo frente ao

tratamento a respeito do uso de substâncias psicoativas por parte do dependente químico.

2 MÉTODO

De acordo com Lakatos (2012), entende-se por metodologia um estudo amplo que envolvem técnicas, perspectivas teóricas e abordagens, etc. Logo, a presente pesquisa trata-se de um estudo de vertente qualitativa, exploratória e bibliográfica, de natureza básica.

De acordo com Marconi e Lakatos (2011), a investigação qualitativa, permite a realização de análises e explicações mais aprofundadas sobre a temática que se quer estudar, na intenção de uma maior apropriação do mesmo. Pertinente à pesquisa exploratória, Gil (2010), a elucida como procedimento de análise das literaturas, cujo objetivo é investigar uma mais abrangente aproximação com o tema estudado. Já a pesquisa bibliográfica, afirma Ludwig (2009), que esta consiste em um procedimento para a realização de levantamento de informações a partir do uso de livros, revistas científicas, documentos, etc, servindo, portanto, de base para a construção de projetos de pesquisa.

Para a fundamentação do seguinte estudo foi realizado um levantamento de literaturas, sendo lido de 110 produções, cujas plataformas foram Periódicos Capes, Lilacs e Scielo. Das 80 produções, foram selecionadas 40 bibliografias que embasaram a presente pesquisa. Os mesmos foram submetidos aos consequentes critérios: artigos e livros publicados nos últimos 7 anos, visto que os que excederam esse recorte temporal é devido a relevância que as literaturas representam para o estudo vigente. Assim como o uso das palavras-chave: reforma psiquiátrica e redes substitutas; dependente químico e família; dependente químico, família e adoecimento e usuário de drogas e psicologia. Quanto ao critério de exclusão, foram descartadas as produções que não estavam associadas ao estudo.

Para a análise do material colhido, usou-se as próprias literaturas selecionadas, cujo intenção foi elucidar as muitas posições referentes a temática estudada, isto é, a análise partiu de discussões sistemáticas (SAMPAIO; MANCINI, 2007), a respeito das diversas literaturas, orientada por meio dos objetivos da presente pesquisa.

O processo de análise sistemática deu-se:

Plataformas	Números encontrados	Número de artigos e livros selecionados
Periódicos Capes	26	5
Lilacs	12	5
Scielo	33	6
Livros	15	13
Repositórios de universidades	15	5
Cartilhas / legislações	7 / 2	4 / 2
Total	110	40

Fonte direta, 2021

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA: ELUCIDAÇÕES SOBRE A LOUCURA E O APAGAMENTO DA SUBJETIVIDADE

Desde a antiguidade os transtornos mentais possuíam uma visibilidade divergente do que realmente é tratada na contemporaneidade. Todo este processo de interpretação destes transtornos pelas populações se dava a partir de um viés cultural da época. Adentramos *a priori* o período pré-histórico (aproximadamente 10.000 A.C.) onde as causas das doenças estavam vinculadas aos espíritos do mal, tendo como forma de tratamento uma prática cirúrgica denominada trepanação. Entretanto, no Antigo Egito, por volta de 2000 A.C., as perturbações mentais estavam relacionadas a demônios e punições dos deuses tendo como modo de tratamento a magia, formas primitivas de cirurgia, entre elas estavam à trepanação, e as práticas higiênicas (STRAUB, 2005).

Straub (2005), na Grécia Antiga, entorno de 1000 A.C., o entendimento sobre as diversas formas de adoecimento estava ligado ao desequilíbrio dos humores do corpo. Ainda em Straub embasado em Hipócrates (cerca de 460 a 367 A.C.) a saúde ou a enfermidade remetiam ao desequilíbrio dos quatro fluídos corporais. A teoria humoral abordava que o bem-estar do indivíduo dependia de fatores harmônicos entre os fluídos cujo desequilíbrio resultava nas enfermidades. O tratamento consistia em dietas balanceadas que fomentassem a promoção da saúde.

A Idade Média (476 a 1450 D.C.) é marcada pela hegemonia católica cristã que influenciava totalmente o conceito de verdade sobre todos os acontecimentos ocorridos,

principalmente, associados à doença da época. Tal poder lhe dava liberdade para julgar os indivíduos doentes e acusá-los como pecadores.

[...] a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes (SCLIAR, 2007, p.33.).

Perpassando brevemente pela Modernidade observou-se que diversos fatores moldaram a estrutura causal e de tratamento dos mórvidos. A Era Renascentista, por volta de 1600 D.C., era caracterizada por ideais dualistas que atribuíam o sujeito a uma separação entre mente e corpo. Dentre os mais importantes pensadores renascentistas encontrava-se o francês, filósofo e matemático, René Descartes (1596 – 1650). Descartes acreditava que o corpo funcionava como uma máquina cujos processos fisiológicos eram correlatos com as engrenagens da mesma, onde o adoecimento era visto como má funcionalidade no maquinário tendo como objetivo consertá-la (STRAUB, 2005).

As descobertas de Rudolf Virchow (1891 – 1902) e do francês Louis Pasteur (1822 – 1895), no século XIX, possibilitaram um avanço significativo nos procedimentos científicos utilizados pela medicina. O primeiro, Rudolf, esboça a teoria celular que parte do pressuposto que as patologias surgiam a partir de infuncionalidades ou morte das células corporais. E o último, Pasteur, a teoria dos germes pela qual defende que a enfermidade é causada por vírus, bactérias e microrganismos que adentram no organismo humano desencadeando manifestações sintomáticas (MAGALHÃES, 2010).

Fazendo um recorte grosseiro do século XIX encontramos Auguste Comte (1798 – 1857) desempenhando uma forte influência com sua teoria positivista que consiste no conhecimento baseado na razão humana e nas explicações atribuídas à Natureza, ou seja, o saber construído se dá em tentar compreender as causas e não os porquês de ocorrerem, como era empregado pelos estudiosos pré-comtianos (COSTA, 1997).

A partir de Michel Foucault (2012), este afirma que a doença mental, em especial, o saber psiquiátrico, tornou-se referência com relação ao cuidado do louco. O hospital deixa de ser apenas um local onde as pessoas acometidas por alguma doença mental eram colocadas para virar campo de pesquisa dos médicos, onde esses tinham a máxima autonomia para fazer observações, demonstrações e experimentos com qualquer um sem restrições. Os hospitais, com a hegemonia psiquiátrica, atuavam como ambiente de prova, classificação e purificação dos enfermos, como produtores de verdades, pois eram eles que possuem o saber verdadeiro.

Foucault (1995), alude que o hospital aos poucos foi adotando uma nova visão do louco, isto é, o adoecimento psicológico passou a ser visado como um fenômeno passível de tratamento e a exclusão social antes submetida, finda por tornar-se obsoleta.

O vertiginoso desenvolvimento das técnicas biomédicas de diagnóstico e tratamento mantém o hospital psiquiátrico como espaço de exclusão até a década de 1950, no pós 2ª Guerra Mundial, quando grandes movimentos políticos e técnicos produzem o mais novo paradigma: do foco na doença ao foco no processo saúde/doença, da instituição do isolamento à inclusão plena na vida social, da monoterapia biológica aos projetos terapêuticos interdisciplinares, da assistência psiquiátrica à atenção psicossocial territorial (SOUSA, 2014, p. 23)

O pós-guerra possibilitou o surgimento de diversos questionamentos principalmente entorno do modelo psiquiátrico e do sujeito acometido pela loucura. Podemos encontrar como influência para o desenvolvimento de políticas e reflexões existenciais diversas concorrentes como à Fenomenologia, Existencialismo, Psicanálise e outros pensamentos (SOUSA, 2014).

3.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS), O DEPENDENTE QUÍMICO E A FAMÍLIA

3.2.1 O desenvolvimento de políticas públicas e os sistemas substitutivos na realidade brasileira

Na década de 1960, movimentos na Inglaterra, com os psiquiatras Laing e Cooper trouxeram a tona questionamentos relacionados a enfermidade mental, mostrando que o saber psiquiátrico não conseguiria responder à problemática da loucura. O fato social era a reação à violência externa, a sociedade enlouquece o indivíduo e depois busca tratá-lo. Boa parcela dos indivíduos do século XIX acreditava que os loucos poderiam ser tratados de qualquer modo (MENDES, 1996).

Na realidade brasileira, um dos grandes marcos de internações de pessoas com enfermidades mentais foi no Hospício Pedro II, localizada no Rio de Janeiro. Os pacientes eram tratados como animais, e a falta de estrutura era presente. No período da República Brasileira, o louco e a loucura eram considerados doentes. Não havia na época ainda, direito à saúde, nem estrutura para organizar o atendimento a população. As políticas sanitárias começaram a ser organizada nessa época com a chegada da família Real Portuguesa, em 1808, visto que com o propósito de combater as epidemias, foram criados no Rio de Janeiro diversos lugares para o

acolhimento dos loucos, a exemplo dos sanatórios, leprosários de Jacarepaguá, o cemitério do Caju, a Santa Casa de Misericórdia, bem como o Hospício de Pedro II (MENDES, 1996).

De acordo com Sousa (2014), referenciando Silva, Barros e Oliveira (2002), a partir daí o modelo dos asilos ganharam novas formas, sob a direção do Dr. Adauto Botelho, idealizador do Serviço Nacional de Doenças Mentais entre 1942 a 1967. Sabe-se que em 1964, período da Ditadura Militar, o setor da saúde passou por sérias formulações, onde os hospitais psiquiátricos passaram a ser privatizados. Com o novo paradigma adotado houve um aumento abrupto dos leitos psiquiátricos, onde a loucura passa de uma dimensão de gastos para virar negócio lucrativo para as grandes empresas farmacêuticas.

Depois de muitos anos sob as condições de repressões físicas, e sob a falta de tratamento adequado, onde os “loucos” eram acolhidos e isolados como verdadeiros animais, emerge a Reforma Psiquiátrica, com ideal de uma sociedade igualitária e humana, baseada nos princípios da igualdade e fraternidade, tinha como objetivo, a reinserção social dos excluídos e oprimidos como são os considerados “loucos”. Para Alverga e Dimenstein (2006), a Reforma Psiquiátrica foi compreendida como um marco social, cujo objetivo era tentar a reinserção na sociedade dos indivíduos que apresentavam algum tipo de adoecimento mental, além de propor novos questionamentos e perspectivas a respeito dos preconceitos, institucionalização dos enfermos, estruturas defasadas dos hospitais psiquiátricos, assim como, da importância da sua participação ativa no processo de tratamento. Em suma, a Reforma Psiquiátrica foi um movimento que possibilitou indagar a hegemonia do modelo psiquiátrico, bem como denunciar os diversos tratamentos desumanos que eram realizados nos sujeitos

De tal modo, por volta dos anos 80 vem surgir no Brasil movimentos de lutas Antimanicomial onde novas práticas terapêuticas aos indivíduos com enfermidades mentais foram propostas. A desinstitucionalização dos manicômios, trouxe a tona várias histórias de atrocidades que ocorriam nos antigos manicômios, uma delas se refere, a exemplo, da história de Austegésilo Carrano Bueno escritor do seu próprio livro *O Canto dos Malditos* onde ele vem narrar suas opressões vivenciadas (CARRANO, 2000). Em vista disso, são criados, na década de 1990, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) cujo intento era de substituir às internações e atender à população através do atendimento/acompanhamento clínico e a reinserção social. Também são criados os Serviços Residenciais Terapêuticas e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais. Com esses atendimentos extra-hospitares, o usuário tinha auxílio na sua reintegração social, e a tentativa de desmistificar os preconceitos relacionados à loucura era uma de suas ênfases (SOUSA, 2014).

Um ano posterior ao surgimento do Sistema único de Saúde (SUS), em 1989, dava-se a entrada no Congresso Nacional, o Projeto de Lei Paulo Delgado, este, que tinha como proposta, a extinção dos hospícios no país e a regulamentação dos direitos dos indivíduos com doenças mentais. A lei foi aprovada somente em 06 de abril de 2001 pelo ex-presidente da República Fernando Henrique Cardoso. Afirma o Art. 1º e 2º, o direito a recursos econômicos o portador de doença intelectual, independentemente de sua raça, cor, sexo, religião, família, dentre outros

Lei nº 10.216: I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, correspondente às suas necessidades; II - Ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - Ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - Ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - Ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, p.3)

Nesse viés, a Política de Saúde Mental propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico cuja hegemonia era da psiquiatria, por uma rede que privilegiava à saúde mental das pessoas, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental, núcleos de convivência e cultura, emergências psiquiátricas em hospitais de caráter geral e atendimento na atenção básica. Foi estabelecido, pela Declaração de Caracas¹, que essa rede é de base comunitária, fazendo-se necessário buscar a emancipação dos sujeitos que possuem alguma enfermidade psicológica, através de outros espaços oferecidos pela comunidade em que o programa de atenção à saúde mental está territorializado (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um papel estratégico na articulação dessas redes e no processo de edificação de uma política embasada na saúde psicológica. Cabe aos CAPS oferecer o acompanhamento clínico e possibilitar a reinserção na sociedade dos usuários no trabalho, comunidade, família a partir de práticas intersetoriais (socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas). O CAPSad: atende pessoas acometidas por transtornos devido a utilização exacerbada de álcool e outras drogas. Esse tipo de programa possui leitos de repouso para desintoxicação. São oferecidos para municípios com mais de 2000.000 habitantes (BRASIL, 2005).

3.2.2 O dependente químico

A princípio, ao citar o CAPSAD e seus usuários, é importante mencionar que o consumo dessas substâncias psicoativas tem aumentado cada vez mais devido as sensações produzidas posteriormente, o que ratifica a ideia de que o seu uso exacerbado recai na perspectiva de desvio funcional, isto é, a sua utilização tem sido feito para outros fins que excedem os tratamentos terapêuticos (LINS; SCARPARO, 2010).

Costa (2009), embasando-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a Categorização de Transtornos Mentais e Conduta delineada nesse manual, tem como descrição basilar do transtorno no que diz respeito a dependência química, o desejo acentuado pelo consumo de substâncias psicoativas, a exemplo de bebidas alcoólicas, cigarro, dentre outros. Neste sentido, para um diagnóstico eficaz de dependência química, é preciso ao menos possuir três elementos: desejo expressivo quanto ao consumo de substâncias psicoativas, ausência de capacidade para controlar a conduta compulsiva em beber, abstinência em decorrência do parar de consumir bebidas, consumo expressivo no intento de alcançar as consequências da substância e comportamento desistente frente ao fazer de outras atividades que não estejam vinculadas ao beber excessivo.

Já segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), para ser realizado um diagnóstico de maneira correta são necessários que se tenha pelo menos dois dos onze critérios, durante um período de um ano. Dentre os critérios estão:

Quadro 1. Referente aos critérios diagnósticos sobre dependência química

1	Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
2	Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool
3	Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos
4	Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool
5	Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa
6	Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7	Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
8	Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.

9	O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10	Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado. b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11	Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Síndrome de abstinência característica de álcool [...] b. Álcool [...] consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Fonte: DSM – V (2014, p.491)

Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (1993), ratifica que o quadro clínico envolvendo o usuário de substâncias psicoativas está relacionada as esferas tanto psicológicas como biológicas, visto que, isso é em decorrência da ação mútua do organismo do usuário associada ao seu consumo. Portanto, a dependência química está associada as alterações de conduta, a exemplo da utilização exacerbada de drogas.

Com efeito, Marques e Ribeiro (2006), elucidam uma tipologia dos elementos mais presentes nos dependentes químicos, onde são subdivididos em aspectos psíquicos, biológicos e sociológicos. Pertinente ao primeiro, respectivamente, é caracterizado a partir de quadros clínicos como de desenvolvimento, transtornos de ansiedade, depressivos, de personalidade, dificuldades na manutenção das relações sociais, dentre outros. No tocante ao segundo, associa-se a questões de cunho genético como, por exemplo, a capacidade orgânica alusiva a tolerância ao consumo da droga. Por último, este estão direcionadas as dificuldades experienciadas no âmbito familiar, a exemplo de fragilização social, afetiva, sentimentos negativos como abandono, tristeza, etc.

Em meio a isso, sobre o preconceito sofrido, ratificam Estauber e Guimarães (2017), que muitas vezes tanto pelo viés social como dos profissionais, o sujeito é rotulado de dependente químico. Tal estigma recebido, além de dificultar no processo de reinserção social, também finda por afetar no tratamento, isto devido o ‘apagamento’ da subjetividade do sujeito, pois ao não considerar a pessoa e sim a doença, o mesmo não pode ressignificar as suas experiências tanto para si como para com o mundo.

Logo, Dimenstein (2001), afirma que o profissional da saúde tem um compromisso social com a população e, por isso, deve estar comprometido com os princípios e diretrizes que embasam a política do SUS. Dessa forma, cabe a esse profissional ter uma visão clara sobre as diversidades sociais, econômicas e culturais dos usuários para que realize práticas humanizadas que vão além do diagnóstico e do sintoma em direção à atenção integral a saúde. Nesta direção, esse profissional deixa a técnica e o lugar de “expert” para atuar junto à uma equipe

interdisciplinar com ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

3.2.3 A importância da família para o processo de recuperação do dependente químico

Observa-se a família como principal instituição responsável por transmitir todas as crenças e valores aprendidos culturalmente está encarregada igualmente, mesmo que de modo informal, fornecer informações a criança contribuindo no processo de sua educação (QUADKE, 2012). É notório que a família é o primeiro grupo que nos insere numa sociedade cada vez mais complexa, onde se estabelecem relações frágeis e arbitrarias. Sendo assim, é colocado como família um grupo social primário, com relações concretas e naturais, onde por sua vez instaura influência sobre a vida do sujeito, mantendo constante interação (MIOTO, 1998).

A respeito da relação família e dependente químico, afirma Santos (2008), que tal experiência vivenciada pelos mais próximos, representa aos mesmos uma carga de estresse significativos, no qual influencia para o aparecimento de uma série problemas de caráter sexual, emocional, social, etc. Complementa Oliveira, Santos e Guerra (2019), a família se sente, especialmente, sobrecarregada na questão financeira já que o dinheiro do mesmo é utilizado no uso das substâncias psicoativas. Nisso, destaca o autor ainda que essa ação por parte do dependente químico afeta diretamente o relacionamento entre ambos. Outras esferas igualmente afetadas estão direcionadas ao campo emocional e social, no qual despertam na família sentimentos como raiva, decepção, comportamento triste e sensação de impotência.

No entanto, segundo Kalam et al., (2017), mesmo frente a demanda em excesso, os familiares findam adotando novos modos de enfrentamento, a saber, disponibilizando uma parte do seu tempo para vigiar o parente, formulando ações voltadas para a definição de limites, ações inclinadas no autocuidado de si mesmo, como também a adoção de condutas apáticas, no intuito de minimizar os impactos causados pela sobrecarga.

Em meio a isso, Braun, Dellazzana-Zanon e Halpern (2014), elucidam que os familiares podem representar um fator de risco no processo de tratamento do dependente químico. No sentido negativo, isso ocorre quando existe uma fragilização do contato da família com o usuário, ou seja, quando há obstáculos para a comunicação e pouco apoio afetivo. Logo, entende-se por família um sistema que permite a construção de vínculos afetivos e o compartilhamento de ideias, sentimentos, emoções, sensações, etc (VASCONCELOS, 2015).

Em contraponto, explicita Santos (2008), a instituição familiar tem o dever de exercitar o princípio da dignidade humana, sendo ela responsável por favorecer amor e respeito para

outro. É papel dos familiares contribuir e apoiar no crescimento do sujeito, independentemente da situação em que está inserido. Pois, considerar o processo de recuperação sem o suporte dos mesmos é estar inclinado ao fracasso.

Melo e Figlie (2004), ratificam que o suporte familiar é imprescindível para o estabelecimento da reestruturação da vida do dependente químico enquanto ser humano, portanto, representando um atributo vital. A autora enfatiza ainda a importância de se ter um olhar atento no que diz respeito ao adoecimento dos familiares, pois por ela ser um elemento vitalício na recuperação do dependente químico, faz-se necessário a mesmo receber apoio de profissionais da saúde. Santos (2008), elucida que as orientações e métodos de tratamentos apreendidos pelos familiares pode representar uma significativa ferramenta de apoio frente ao processo de tratamento, reestruturação e reinserção no meio social. Dentre essas orientações e medidas, o contexto familiar deve considerar a mudança na rotina diária e nos seus hábitos, cuja finalidade é proporcionar um ambiente favorável para o desenvolvimento saudável do dependente químico.

A partir dos estudos de Xavier, Rodrigues e Silva (2014), verifica-se que os dados sobre o papel dos familiares apontam para os percentuais: apoio familiar (25%), consideram importante (25%) ou fundamental (25%). Quanto as expectativas da família em relação a recuperação, constatou-se um percentual de expectativa positiva (83,3%) e negativa (16,7%). Já referente aos fatores que podem auxiliar na etapa de abstinência ou prevenção diante das recaídas, verificou-se dentre as variáveis mais expressivas: imposição (25%), o apoio da família (25%), o suporte familiar e externo (16,7%), vontade própria (16,7%). Em suma, nota-se que frente ao contexto de dependência química, os parentes acabam ficando fragilizados quer seja emocional ou psicologicamente, no entanto, prevalece igualmente a capacidade de ajudar o dependente químico no processo de recuperação, sendo, importante lembrar que a ajuda da família necessita do desejo do sujeito dependente.

3.3 O CAPS E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

Segundo as teorias Psicológicas, o sofrimento está associado a diversos fatores como a desorganização psicológica, a condição de vida social, as relações para com a família e os grupos e suas experiências. Os profissionais da Psicologia ganharam espaço com a luta antimanicomial tendo seu papel aplicado nas instituições de saúde psicológica. Com o surgimento do CAPS a atuação do Psicólogo era muito tradicional com hora marcada no consultório, com setting terapêutico, mas agora passaram a trabalhar em equipe adaptando sua

prática, ou seja, sua atuação passa a ser agora em grupo. Com esse novo estilo de trabalho em grupo, a ressocialização é facilitada, pois o trabalho destes profissionais além de estar inclinado na priorização das atividades grupais, busca por meio de oficinas a promoção da ressocialização dos usuários (CREPOP/CFP, 2007).

Os afazeres cotidianos desses profissionais são realizar atendimentos individual e grupal, atuando em contexto de vulnerabilidade e de crise, atendendo no CAPS, em hospitais ou visitando a casa dos pacientes. Alguns visam produzir reflexões a respeito do trabalho em Psicologia com publicações de artigos, pesquisas (MASSANARO, 2013).

No tocante a internação apenas era indicada quando não houvesse recursos suficientes para os extra-hospitares, e ainda sendo aceita somente em instituições adequadas, não mais em asilos ou lugares de risco. O objetivo é a reinserção social do paciente, onde esta possa ter serviços médicos, assistência social, psicológica, lazer, dentre outros. Somente a internação poderá ser realizada perante laudo médico, segundo o Art. 6º da Lei nº 10.216. Alguns tipos de Internação Psiquiátrica: “I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; III - internação compulsória: aquela determinada pela justiça” (BRASIL, 2001, p.2).

Se o paciente permanecer por muito tempo internado, ele terá assistência à reabilitação Psicossocial, supervisionada e definida pelo poder executivo, o tratamento pode ser continuado de acordo com a necessidade do paciente em questão. Tornar o tratamento da doença mental é um dos objetivos da Psicologia, propondo um tratamento que levam em consideração os campos antropológicos e sociológicos de cada sujeito que possui algum transtorno mental

Nota-se que o desempenho profissional da psicologia pertinente às políticas públicas vem sendo cada vez mais discutida no cenário nacional, sobretudo dentro do contexto acadêmico, onde tal aumento tem influência da nova política de Diretrizes Curriculares adotada pelo governo. No tocante ao campo de atuação do Psicólogo, em 2006, com a participação do Sistema Conselhos de Psicologia foi consolidado o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, este órgão tinha como finalidade a produção de literaturas a fim de melhor preparar os psicólogos para atuarem nas políticas públicas (NETO, 2011).

Segundo Souza (2006), referenciando Peters (1986), a definição de políticas públicas é compreendida como o acúmulo de intervenções realizadas pelo governo através de decretos, leis ou procurações, e que contribuem diretamente para a vida dos cidadãos. Em suma, Neto (2011), embasando-se em pressupostos de Rodrigues (2010), introduz que políticas públicas é

caracterizada pela ação por parte do Estado por meio intervenções lícitas, administrativas e sociais.

Afirma Neto (2011), que essas podem ser divididas em diversos campos de atuação como políticas sociais setores: envolvendo as áreas de emprego e trabalho, políticas de assistência social e combate a miséria; direitos da sociedade como acesso a saúde e educação; e recursos sociais referentes a moradia e saneamento básico. Arelado a isso, de acordo com Böing e Crepaldi (2010), citando Baptista (2007), as políticas públicas pertinentes a saúde no Brasil, são regidas por decretos e leis pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Afirma ainda que o SUS está embasado pela Constituição Federal de 1998 e pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 promulgadas em 1990 (BRASIL, 1990).

Deste modo, Neto (2011), postula que uma vez promulgadas compete a essas políticas erigir protocolos, cujo intuito é a formalização visando assegurar a inflexibilidade destas. Ainda segundo esse autor, pode-se introduzir como exemplo os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no tocante as políticas de saúde mental, criados para atender as demandas da população, devido a Reforma Psiquiátrica que possibilitou refletir de forma mais abrangente sobre o cuidado com os enfermos e denunciar as práticas desumanas que lá ocorriam, assim, contribuindo para o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

A inclusão dos profissionais da psicologia no âmbito da saúde é recente, iniciada, principalmente, a partir da década de 1990 e, por esse motivo, a função e o papel do psicólogo neste campo estão em processo de delimitação com muitas incertezas, ainda que com muitos avanços. Dessa forma, os psicólogos que estão locados na rede de saúde têm dificuldades de estabelecer um plano de trabalho que concilie o conhecimento das práticas psicológicas com a atuação neste campo, ou seja, há um desconhecimento das possibilidades de ações dentro do contexto de políticas públicas na saúde (BOING; CREPALDI, 2010).

A maioria dos psicólogos entra no campo de saúde voltada ao modelo clínico tradicional que foi historicamente privilegiado na graduação, sem que haja uma contextualização, revisão ou mudanças nas suas formas tradicionais de atuar. Há necessidade que os modelos teóricos, que embasam a atuação nesse contexto, sejam flexíveis à mudanças voltadas para a discussão desse novo contexto desafiador, chamado de saúde coletiva. Dessa forma, os profissionais possuem dificuldade em se adaptar as novas exigências estabelecidas no contexto atual de saúde, nem sempre contribuindo para a formulação e implantação de a atuação do psicólogo no CAPS voltado para álcool e outras drogas (BRASIL, 1990).

Além dos psicólogos não terem clareza quanto a sua atuação, encontram dificuldades em comunicar-se com a atenção básica de saúde por não possuírem conhecimento referente aos

princípios e diretrizes que alicerçam o funcionamento do SUS. Sendo a integralidade um desses princípios, é necessário que o CAPS não seja visto como uma especialidade da saúde mental, e sim como um dispositivo que complementa a atenção integral a saúde. Neste sentido, é importante que a equipe de profissionais da atenção secundária, mantenha vínculos com a atenção básica, objetivando a trocar informações que venham a colaborar para o processo de tratamento do usuário do serviço (BOING; CREPALDI, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da leitura das produções pesquisadas, se verificou-se uma série de nuances relacionadas a compreensão social do dependente químico, aliado aos obstáculos que dificultam a sua reinserção na sociedade. Em outro viés, existe uma tentativa de descentralizar a forma de visualizar quer seja o louco, o dependente químico, o viciado ou as muitas variações pertinentes aos estigmas recebidos.

Essa tentativa de estabelecer discussões que provoquem mudanças, faz-se necessária à medida que permite o reconhecimento do outro, visto que é notório no processo de recuperação do dependente químico, o apagamento de sua subjetividade.

Tal aspecto é percebido desde olhares advindos dos profissionais, como dos familiares e da sociedade. Por isso, as discussões levantadas na constituição da pesquisa, é de suma relevância no que diz respeito a desconstrução desses estereótipos endossados na sociedade.

No contexto da família e dependente químico, se verificou a partir dos muito estudos que essa relação é imprescindível na recuperação, reestruturação e reinserção do sujeito no seio social. É importante enfatizar ainda que, tal vínculo engendrar relações de codependência, isto é, o adoecimento finda também por afetar a família já que a mesma participa diretamente do processo de cuidado.

Logo, verificou-se a partir das discussões e resultados do estudo que, é essencial que as ações dos profissionais da saúde, sobretudo, do psicólogo, sejam voltadas para ambos, a saber, família e dependente químico. Porém, se verifica que para um efetivo tratamento, é preciso que o dependente químico deseje a recuperação, pois o apoio familiar adjunto a intervenção dos profissionais por si só, findam tornando-se ineficazes.

REFERÊNCIAS

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ, v.10, n. 20, p. 299-316, jul/dez 2006.
- BÖING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 mar. 2020.
- BRAUN, Lori Maria; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; HALPERN, Silvia C. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 122-144, dez, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2020.
- BRASIL. **Lei nº10. 216**, de 6 de abril de 2001. 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 26 mar.2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf >. Acesso em: 26 mar. 2020.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2020
- CARRANO, A. **O Canto dos Malditos**. São Paula: Lemos Editorial, 2000.
- COSTA, C. **Sociologia: Introdução à ciência da sociedade**. São Paulo: Editora Moderna, 1997.
- COSTA, Selma Frossard. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. **Serviço Social em Revista**, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20O%20DO%20AUTOR.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Centro de Referências Técnicas Em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP**. Atuação dos Psicólogos no CAPS. Relatório Descritivo Preliminar de Pesquisa, Brasília, 2007.

DIMENSTEIN, Magda. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2020

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ESTAUBER, Andressa; GUIMARÃES, Cristian Fabiano. A produção de subjetividade dependente nos capsad: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 3, p. 273-283, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/827/pdf_87>. Acessado em: 02 mar. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 25.ed. São Paulo: Graal, 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FERNANDES, M. A. et al. Caracterização de dependentes químicos em tratamento em uma comunidade terapêutica. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n.6, p.1610-7, jun., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230686/29195>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R (Orgs). In: MELO, D. G.; FIGLIE, N. B. Psicoterapia de Grupo e Outras Abordagens Grupais no Tratamento da Dependência Química. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p.359-384.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HORTA, Ana Lucia de Moraes et al. Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.69, n.6, p.1024-1030, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1024.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

KALAM, A. F. A. et al. Demandas dos familiares de pessoas com transtorno mental. **Revista Enfermagem da Universidade Federal do Piauí**, v.6, n.3, p.11-17, 2017. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6204>>. Acesso em: 22 abril 2020.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 5ª.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7ª. ed. 7ª. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

LINS, Mara Regina Soares Wanderley; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 62, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20007/19295>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

LUDWIG, A. C. W. **Fundamentos e prática de metodologia científica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MAGALHÃES, M. Por uma medicina científica e humanista: a atualidade da obra de Rudolf Virchow. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. vol.17. n. 2. Rio de Janeiro, 2010.

MASSANARO, Heloiza Helena Mendonça Almeida. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no CAPS –Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013. Disponível também em: <www.cfp.org.br e em crepop.pol.org.br>. Acesso em: 31 mar. 2020.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; RIBEIRO, Marcelo. Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde. In: **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. Secretaria de Participação e Parceria, 2006. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_doutrina_drogadicao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20de%20Drogas.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**: as políticas de saúde no Brasil nos anos 80, a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Revista Katálysis**, n. 2, p. 20-26, 1998. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5573/4974>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

NETO, João Leite Ferreira. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

OLIVEIRA, E. B.; SANTOS, M. B.; GUERRA, O. A. O trabalho como estratégia de reinserção psicossocial do dependente químico sob a ótica da família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.21, p.23-30, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n21/n21a04.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2020.

QUADKE, Carla Walter. **A Sexualidade na Educação Infantil e o Papel da Família**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

SANTOS, C. S. **Princípio da dignidade humana, os portadores de dependência química e suas famílias**. 2008. 117 f. Monografia para Bacharelado em Direito. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Centro de Ciências Jurídicas, Políticas e Sociais – CEJURPS. 2008. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Cecilia%20Serapiao%20dos%20Santos.pdf>>. Acesso em: 20 abril 2020.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos De Revisão Sistemática: Um Guia Para Síntese Críteriosa Da Evidência Científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>>. Acesso em: 09 abril 2020.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. v. 17. p. 29-41. Rio de Janeiro, 2007.

SOUSA, Maria Janaina Norões de. **A crise de um modelo de atenção em saúde mental: crato na encruzilhada da reforma psiquiátrica no ceará.** Fortaleza: UECE [Dissertação de Mestrado], 2014.

SOUZA, Celina et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

STRAUB, R. **Psicologia da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

VASCONCELOS, Antonio Cleano Mesquita et al. Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol.19, n.4, p.321-326. 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/428a/380b59c4dca59afffe283f97bbe3096b9b95.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

XAVIER, M. F.; RODRIGUES, P. H. J.; SILVA, M. C. R. A percepção da família no tratamento e suporte de dependentes químicos. **Revista de Psicologia**, v.17, n.26, p.99-110, 2014. Disponível em: < <https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/article/view/2419>>. Acesso em: 28 abril 2020.