

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO A QUESTÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR

A PERSPECTIVA BIOPSISSOCIAL DA CO-DEPENDÊNCIA DOS FAMILIARES
DO DEPENDENTE QUÍMICO

JANE DE CASTRO ANDRADE GONÇALVES

MATINHOS
2013

JANE DE CASTRO ANDRADE GONÇALVES

A PERSPECTIVA BIOPSISSOCIAL DA CO-DEPENDÊNCIA DOS
FAMILIARES DO DEPENDENTE QUÍMICO

Monografia apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista em Questão Social na
Perspectiva Interdisciplinar do Setor Litoral da UFPR.
Orientador: Prof. Dr. Afonso Takao Murata
Co-Orientadora: Profa. Dra. Marília Pinto Ferreira Murata.

MATINHOS

2013

PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Orientador, Professor Doutor **AFONSO TAKAO MURATA**, realizaram em 30/11/2013 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **JANE DE CASTRO ANDRADE GONÇALVES**, sob o título "*A PERSPECTIVA BIOPSISSOCIAL DA CO-DEPENDÊNCIA DOS FAMILIARES DO DEPENDENTE QUIMICO*", para obtenção do Título de *Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar* pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante recebido conceito "APL".

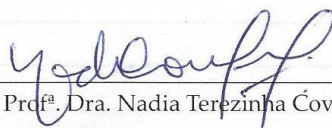
Matinhos, 30 de novembro de 2013.



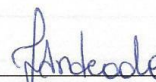
Prof.º. Dr. Afonso Takao Murata



Prof.ª. Dra. Marília Pinto Ferreira Murata



Prof.ª. Dra. Nadia Terezinha Covolan



JANE DE CASTRO ANDRADE
GONÇALVES
Estudante

Conceitos de aprovação

APL = Aprendizagem Plena
AS = Aprendizagem Suficiente

Conceitos de reprovação

APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente
AI = Aprendizagem Insuficiente

OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.



REFLEXÃO

O ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa produz, conhecimento afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior. (...) Ao mesmo tempo, portanto, trabalhamos com o movimento de valorização das partes e da integração no todo; e com a visão de um produto provisório integrante a historicidade do processo social e da construção teórica (MINAYO, 1996).

DEDICATÓRIA

- Dedico a Deus, pois por permissão dele consigo dedicar também para a Assistente Social Jane de Castro Andrade Gonçalves, que direcionada por Deus nosso senhor obteve a garra e muita dedicação de chegar até aqui, superando inúmeras dificuldades;
- Dedico aos meus pais que lutaram muito para eu estar findando mais uma etapa da minha vida;
- Dedico especialmente a você Juan meu filho que foi minha fortaleza;
- Dedico ao meu esposo Edson que com muita paciência segurou em minhas mãos, pois teve vários momentos que eu sentia o desejo de desistir, "GRATA MESMO";
- Dedico aos meus orientadores que mesmo vendo minhas dificuldades acreditaram em minha capacidade, muito obrigada professores Afonso Takao Murata e Marília Pinto Ferreira Murata.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço ao meu Deus que esteve e está ao meu lado todos os dias da minha vida. Agradeço toda minha família por estarem por perto em todos os momentos. Minha eterna gratidão!

Em especial a você meu esposo Edson que com muita paciência e dedicação foi e será meu professor de Excel, agradeço também meu filhinho Juan pela paciente e compreensão em aceitar por momentos ser trocado por pesquisa e literaturas.

Amo muito vocês.

LISTA DE SIGLAS

AA	ALCOOLICOS ANONIMOS
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DAB	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
HASJ	HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
LSD	DIETILAMIDA DO ÁCIDO LISÉRGICO
LDTA	LIMITADA
NA	NARCOTICOS ANONIMOS
NASF	NUCLEO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PNAD	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICILIO
SENAD	SECRETÁRIA NACIONAL DE POLITICAS SOBRE DROGAS
SISNAD	SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS.
SUS	SISTEMA UNICO DE SAÚDE

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a influência da dependência química uma perspectiva biopsicossocial na co-dependência dos familiares do usuário de drogas internado no Hospital e Associação San Julian, localizado no município de Piraquara, Paraná, a partir de dados relativos ao nível de stress e desesperança causados nestas famílias. A escolha do tema se deve a diagnóstico realizado durante triagem realizada pelo Serviço Social do hospital junto aos familiares dos pacientes, estes profissionais observaram a resistência do paciente ao tratamento, este fato desencadeou a reflexão acerca dos processos de desesperança e de stress vivenciadas por estes familiares. Além disso, estas percepções nortearam a coleta de dados, possibilitando a construção de instrumentos (questionários semiestruturados). Estes instrumentos foram aplicados junto aos familiares de pacientes internados no hospital. O trabalho foi desenvolvido a partir de pesquisa quali-quantitativa com abordagem dialética e técnica de entrevista. Para a coleta de dados utilizou-se o questionário de co-dependência desenvolvida por Potter, 1989, também foram utilizados a Escala de desesperança criada por Aaron Temkin Beck (CUNHA, 2011) e o registro de sintomas de stress criado pela especialista Marilda Emmanuel Novais Lipp (LIPP, 2000). Os resultados obtidos nas entrevistas foram analisados pelo método de análise de conteúdo desenvolvido por Bardin, 1977. Pelos resultados obtidos a partir das análises dos dados coletadas junto aos familiares pode-se observar que as relações sociais sofrem alterações com a co-dependência, sendo que, grande parte dos entrevistados já apresenta sintomas de stress e desesperança, com isso, pode-se afirmar que o fato de ter um dependente químico no convívio familiar influencia diretamente nas relações sociais da família, seja no ambiente de trabalho, nos eventos familiares, bem como no “olhar preconceituoso” da sociedade, esta condição leva as famílias a se tornarem reféns destas situações, deixam de viver a própria vida, e passam a viver a vida do outro. Neste contexto, é necessária uma maior compreensão política da importância da família nas práticas preventivas e de tratamento ao usuário de drogas, fortalecendo a Rede de Atenção Integral ao usuário proposta pelo Ministério da Saúde, bem como políticas voltadas para atenção a saúde da família do dependente.

Palavra-Chave: Co-dependência, dependência química, estresse, desesperança.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the influence of addiction on a biopsychosocial perspective on family members co-dependence of hospitalized drug user at the Hospital Association and San Julian , located in the Piraquara, Paraná, from data on the level of stress and hopelessness caused these families. The theme should be performed during the diagnostic screening conducted by the hospital Social Service with patients relatives, these professionals have observed the patient's resistance to treatment, this fact triggered a reflection on the processes of hopelessness and stress experienced by these family. Moreover, these perceptions guided data collection, enabling the construction of instruments (semi-structured questionnaires). These instruments were applied to the relatives of patients admitted to hospital. The work was developed from qualitative and quantitative research with interview technique and dialectical approach. To collect data, we used the questionnaire developed by codependency Potter, 1989, were also used Scale hopelessness created by Aaron Beck, and record symptoms of stress created by expert Marilda Emmanuel Novais Lipp. The results obtained from the interviews were analyzed using content analysis developed by Bardin, 1977 method. The results obtained from the analyzes of data collected from the family can be seen that the social relationships change with co-dependency and most respondents have symptoms of stress and despair, it may be assert that the fact of having an addict in family life directly influences the social relations of the family , whether at work, in Family events, as well as the "look bigoted " society, this condition leads families to become hostages of these situations , fail to live her own life, and start living the life of another. In this context, greater political understanding of the importance of the family in preventive practices and treatment for drug users is necessary, strengthening the Comprehensive Care Network user proposal by the Ministry of Health as well as policies aimed at the health care of dependent family.

Keyword: Co-dependency, addiction, stress, hopelessness

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	16
2.1.1 ASPECTOS GERAIS DE DROGADIÇÃO.....	17
2.1.2 DROGAS E FAMÍLIA	18
2.2 CO DEPENDÊNCIA	19
2.2.1 CARACTERÍSTICAS	21
2.2.2 CAUSAS	22
2.2.3 ASPECTOS SOCIAIS	23
2.2.5 STRESS	25
2.2.6 DESESPERANÇA	27
2.2.6.1 ESCALA DE BECK	28
2.2.6.2 ESCALA DESESPERANÇA	28
2.2.7 TESTE DE CO-DEPENDÊNCIA	28
2.3 POLITICAS PÚBLICAS	29
2.3.1 POLITICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO AOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS / DROGAS.....	29
2.3.2 AÇÕES DE ATENDIMENTO DENTRO DA PERSPECTIVA INTERSETORIAL E BIOPSIKOSOCIAL	30
3 METODOLOGIA	33
3.1 LOCALIZAÇÃO	33
3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES	33
3.3 PARTICIPANTES.....	33
3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	33
3.4.1 TESTE DE CO-DEPENDÊNCIA POTTER-EFRON	33
3.4.2 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL).....	34
3.4.3 ESCALADE DESESPERANÇA BECK.....	36
3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS	37
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ)	38

4.1.1 FAIXA ETÁRIA ATUAL DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ)	38
4.1.2 IDADE DE ENTRADA NA DROGADIÇÃO DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES, INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ)	39
4.1.3 TEMPO DE USO DE DROGAS POR PARTE DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (ASJA)	40
4.1.4 CIDADE DE ORIGEM DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES, INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA-PR	41
4.1.5 PROFISSÃO EXERCIDA PELOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA/PR.....	43
4.1.6 - ESTADO CIVIL DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARAPR.....	43
4.1.7 - FORMA DE INTERNAMENTO DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA,PR	44
4.1.8 - QUANTIDADE DE INTERNAMENTOS POR PARTE DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, PR.....	44
4.1.9 - TEMPO DE INTERNAMENTO DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, PR	45
4.2 - CARACTERIZAÇÕES DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ).....	46
4.2.1 - GRAU DE PARENTESCO DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, PR	
4.2.2 - PROFISSÃO DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA	47
4.2.3 - COMO TOMOU CONHECIMENTO DO TRABALHO EFETUADO PELO HOSPITAL SANJULIAN JUNTO A USUÁRIOS DE DROGAS.....	48

4.2.4 – RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO DOS PACIENTES NO HOSPITAL SAN JULIAN.....	49
4.2.5 – RESPONSABILIDADE PELO INTERNAMENTO EM OCASIÕES ANTERIORES.....	50
4.2.6 CASO NÃO QUEM FOI O OUTRO RESPONSÁVEL	51
4.2.7 ACONTECEU AGRESSÃO FÍSICA EM CASA POR PARTE DO USUÁRIO AOS MEMBROS DA FAMÍLIA?.....	52
4.2.8 EXISTIRAM FURTOS OU ROUBOS QUE VOCÊ SABIA POR PARTE DO USUÁRIO?.....	53
4.2.8 VOCÊ TEVE ALGUM GASTO CONTRATUAL JURÍDICO, HONORÁRIOS PARA CHEGAR AO INTERNAMENTO DE SEU FAMILIAR?.....	53
4.3 CARACTERIZAÇÕES DA ESCALA DE DESESPERANÇA DO CO DEPENDENTE DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN(HASJ).....	54
4.3.1 APRESENTAÇÃO DOS NÍVEIS DE DESESPERANÇA DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ).....	54
4.4 CARACTERIZAÇÕES DAS FASES DO STRESS DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ).....	55
4.4.1 APRESENTAÇÃO DOS NÍVEIS DE STRESS DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ).....	55
4.5 CARACTERIZAÇÃO DE CO- DEPENDÊNCIA.....	57
4.5.1 RESULTADO CARACTERIZAÇÃO DE CO-DEPENDÊNCIA.....	57
5. CONCLUSÕES.....	60
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
7- BIBLIOGRAFIA CITADA.....	61
8- ANEXOS.....	67

1- INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde considerada a dependência química como uma doença crônica. Esta doença causa sofrimento psíquico e precisa ser tratada numa perspectiva biopsicossocial. Assim, no tratamento do dependente químico é preciso conhecê-lo, como também seu contexto familiar.

Neste sentido, a dependência química se caracteriza pelo indivíduo sentir que a droga é tão necessária em sua vida quanto o alimento, a água, o repouso, a segurança, provocando a dependência psíquica.

Segundo (Toscano Jr., 2001), ao contrário do que se pensa, no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas, esse não é um evento novo no repertório humano. Neste sentido, pode-se afirmar que a dependência as drogas se transformam e transmutam com a própria história da humanidade.

Na visão de Santana (2011) na questão social das drogas, o fator familiar está diretamente relacionado à entrada do jovem no mundo das drogas. A autora descreve ainda que, um dos fatores que mais se constata é a reprodução da vida e no caso das drogas, dos hábitos dos pais. Seja por falta de informação, por falta de estrutura socioeconômica ou pela ausência dos pais na vida dos filhos, devido às exigências do mercado de trabalho. Ou seja, o hábito e as relações familiares estão diretamente relacionados ao mundo das drogas, seja direta ou indiretamente.

Estes fatores acima elencados criam junto à família um processo de culpa e esta culpa afeta diretamente a relação do usuário dentro do seio familiar, tornando-se uma relação extremamente complexa afetando todo o tecido social, contaminando relações e criando dependências e co-dependências.

Desta forma, com o processo de culpa instalado dentro da família, acoplado ao cansaço pela situação vivida que afetam, não somente os aspectos sociais vivenciados pela família, mas afeta também as relações do mundo do trabalho, com situações que interferem no sistema de produção e conseqüentemente de renda familiar, colaborando ainda mais no processo de deterioramento das relações entre o usuário e a família, e entre a família e outras pessoas ligada a ela, levando ao aumento da baixa estima e conseqüentemente desencadeando o aumento no nível de stress que está diretamente relacionada ao aumento de desesperança que vem associada ao sentimento de que é impossível realizar qualquer tipo de mudança dentro deste processo instalado.

Estas questões que são de difícil quantificação e visualização, pois ficam

contidas dentro do seio familiar, já que é cercada de tabus, vergonhas e culpas. Elas vêm sendo provocada em alguns momentos por políticas pública já existente, como por exemplo, a lei Maria da Penha, mas quase sempre no sentido punitivo, sendo necessário, mais políticas voltadas a prevenção e a atenção, pois existem várias políticas voltadas aos usuários, mas ainda são poucas dedicadas a atenção das famílias destes usuários, assim como ainda são poucos os dados de co-dependência da família em relação a estes usuários. Importante salientar que dada a complexidade do problema é fundamental que o estado tenha uma visão ampliada ao propor estas políticas e que elas sejam destinadas principalmente voltadas para a prevenção e atenção, tratamento específico para dependentes químicos, bem como para seus familiares, possibilitando exercer seu direito a saúde enquanto cidadão de direito. E sem omissão do Estado promovendo a intersetorialidade.

Neste sentido o objetivo deste trabalho foi analisar a influência da dependência química, numa perspectiva biopsicossocial, na co-dependência dos familiares do usuário de drogas internado no Hospital e Associação San Julian, localizado no município de Piraquara, Paraná, região Metropolitana de Curitiba.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Segundo portaria 344 de 1994, da secretária de vigilância sanitária do ministério da saúde lista que no Brasil, onde a legislação define como droga "as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União".

Já o parágrafo único do art. 1.º da Lei n.º 11.343/2006 (Lei de Drogas), institui o Siste a Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Há vários tipos de drogas circulando junto a sociedade, mas elas normalmente são classificadas quanto ao feitiço de duas formas legal temos as drogas licitas e ilícitas. Desta forma, é descrito que drogas licitas são substâncias que são comercializadas legalmente, podendo ou não sofrer algum tipo de restrição, por exemplo, o álcool e cigarro (venda proibida para menores de 18 anos),

medicamentos (alguns só podem ser adquiridas por meio de prescrição médica). As drogas ilícitas são substâncias que seu uso e comércio são proibidos, por exemplo, a cocaína, crack, maconha entre outras.

Destaca-se também que desde a pré-história o homem utiliza substâncias retiradas da natureza, com objetivos múltiplos: medicamento, veneno, ou como forma de alterar seu estado de ânimo e percepção. Sendo o procedimento de procurar algo que atenda a sua precisão.

Conforme Sielski (1999, p.19), “inicialmente as substâncias eram utilizadas com finalidades mágicas, com o objetivo de incrementar com as mesmas a pretensão ação de feitiços e encantamentos”. Neste contexto, Seibel (2001) destaca que as drogas agem diretamente no sistema nervoso central e são denominadas psicoativas ou psicotrópicas. Pode-se concluir que são aquelas que alteram o comportamento do usuário.

A organização mundial de saúde (OMS) em 1977 destaca que aconteceu a revisão dos conceitos e definições existentes, passando a considerar a dependência de álcool e outras drogas como um problema social, uma doença. Portanto para área da psiquiatria e psicologia a dependência química é visto como uma doença mental e precisa ser atendido pela rede de Saúde Pública.

Neste sentido, Lemos 2012 destaca que quando se remete a Dependência Química (DQ) é referente a uma doença psiquiátrica de ordem biológica, psicológica e social. Portanto, um transtorno biopsicossocial. O autor ressalta ainda que “trata-se de uma doença causada por drogas psicotrópicas, drogas lícitas e ilícitas, que afetam nosso cérebro e, conseqüentemente, nosso comportamento.”

2.1.1 - ASPECTOS GERAIS DA DROGADIÇÃO

O costume de usar álcool em nosso país é de longa data, antes mesmo dos colonizadores portugueses chegarem ao Brasil com seus costumes de beber vinho e cerveja, aqui já se encontravam os índios que bebiam uma bebida forte fermentada a partir da mandioca.

Drogadição significa adição a drogas, conforme o Dicionário Aurélio século XXI. Sua etimologia tem a seguinte explicação: "Adicto, do latim *addictu*". Portanto refere-se à necessidade de usar certa droga para obter alívio das tensões, sensação de bem estar.

A maconha, a cocaína e o LSD foram usados até o início do século no Brasil para tratamento de saúde e eram encontradas nas drogarias (PITOMBO, 2009, pp.42-45).

Após esta consideração a maneira mais simples de conceituar drogas seja, substancia psicotrópicas que trazem alterações psíquicas, comportamentais e de conduta, já que exercem efeitos diretos no cérebro e no sistema nervoso central. Segundo Maçaneiro (2000), tratando-se de drogas, os fatores envolvidos são biopsicossociais, ou seja: biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, ambientais, familiares e espirituais.

Considera-se, no domínio das ciências médicas conjugadas com as ciências sociopolíticas, ser "drogadição" o termo preferível para referir quer a dependência, quer a fármaco dependência, quer a toxicomania, na hipótese de se poder inferir aí uma gradação, o que usualmente acontece, na maioria dos casos.

2.1.2 - DROGAS E FAMÍLIA

Podemos destacar que mesmo com a proibição, o consumo de drogas aumentou significativamente e com ela vem à violência que se espalha, causando conflitos e desconforto diários principalmente na vida da família.

Segundo Gomes (1987) a definição de família vem como um sistema semiaberto, onde ninguém é mais que ninguém, todos são iguais. A família é uma sociedade humana, onde os indivíduos interagem diretamente, através de relações emocionais e da história de que ambos fazem parte. Para o autor, é muito importante às famílias o auxílio de pessoas qualificadas, visto que aquela representa a principal rede de apoio do dependente químico, tornando-a mais preparada para enfrentar a situação. Afirma, ainda, que o dependente tem muito mais condições de deixar dessa situação com a ajuda da família de origem, do que com a ajuda da esposa (ORTH, 2005).

Portanto quando surge o problema da dependência da substância as pessoas mais atingidas, as que mais sofrem são as que estão mais próximas desta vivencia e junto desta situação muita das vezes aparece o desespero junto da culpabilização própria e os questionamentos de onde foi que eu errei?

Pergunta essa que traz o aspectos de culpa com desespero, medo ou descrença total, aonde muita das vezes vem atrelado já da a co-dependência, pois o

consumo vem sendo cada dia mais abusivo onde podemos perceber em acontecimento noticiado diariamente pela mídia.

Segundo Focchi (2001, p.72), “algumas famílias podem ser encaminhadas a grupos de auto-ajuda, no intuito de aprender a lidar com a questão, bem como obter apoio”. Desta forma, destaca-se a importância da família ser orientada de que o consumo de substâncias é um problema inserido entre muitos outros, ou seja, o usuário não apenas consome as substâncias, mas devido a isso, apresentam vários outros problemas (sociais, escolares, interpessoais, jurídicos etc).

2.2 - CO-DEPENDÊNCIA

Historicamente o conceito foi retirado dos Alcoólicos Anônimos (AA), que mostrava que o problema não era só do dependente químico, mas também dos amigos e familiares que constituem a rede social do alcoolista.

Propõe-se a revelar que cada um tem a sua forma de dependência. Sendo que esta dependência não é somente visualizada em familiares de dependentes químicos, mas também em outras espécies. Neste sentido, Carvalho e Negreiros, 2011 descrevem a co-dependência como sendo uma condição específica de âmbito psicológico, comportamental e emocional, que se caracteriza por uma dependência excessiva de um indivíduo em relação ao outro. Já para Oliveira (2008), a codependência consiste em depender da dependência do outro em relação a si mesmo. Independentemente da definição a co-dependência traz aspectos devastadores no âmbito familiar.

Embora a co-dependência de familiares seja reconhecida, são poucos os serviços disponibilizados para a atenção da família (SOBRAL e PEREIRA, 2012). Ou seja, a família é dependente do vínculo que tem com os dependentes químicos da mesma maneira que existem dependentes de internet, sexo, trabalhos abrangem que o outro pode preencher suas necessidades muito particulares.

Pode-se destacar que o termo co-dependência foi usado para descrever a relação disfuncional entre esposa e seus maridos alcoolistas, havendo indicações de que evoluiu do termo co-alcóolatra, no final da década de 70, quando o alcoolismo e a dependência a outras drogas começaram a ser chamadas de dependências químicas.

Já Gordon; Barrett (1993). Relatam que co-dependência foi primeiramente vista como uma anormalidade de 'policiamento compulsivo "descrito em esposas de alcoolistas, e que o significado do termo expandiu-se para incluir os filhos de alcoolistas e qualquer individuo próximo envolvido em um relacionamento com um alcoolista". O termo tornou-se usual no campo da dependência química, sendo definido de diversas maneiras (TOFFOLI et al.,1997). Percebe-se que a patologia ligada a familiares de dependentes químicos chamados de co-dependência, esta associada com a saúde e seu bem estar. Para Cermak (1986), do alcoolismo ou outros transtornos causados pelo uso de drogas e Whitfield (1997), apoiam que a co-dependência poderia ocorrer independentemente do alcoolismo ou de outros transtornos causados pelo uso de outras drogas.

A dependência pode advir de algo que não esteja ligado a álcool ou outras drogas. Neste contexto o co-dependente tenta estimular que os outros sujeitos sejam alcoólatras, sejam viciados em jogos ou compulsivos sexuais, sejam indivíduos com reações demasiadamente emocionais ou indivíduos sem autonomia financeira exercendo papel de manipulação daqueles que estão próximos ou ligados emocionalmente a eles.

Carothers; Warren (1996), por exemplo, não encontraram relação entre codependência em adultos e dependência química dos pais durante a infância (LINDELEY et AL,1999). Segundo Esterly; Neely(1997) o indivíduos co-dependentes parecem ter características comuns como baixa auto-estima, desejo de ser necessário, grande tolerância para o sofrimento e necessidade de controlar e mudar os outros. Inicialmente achava-se que essas características se desenvolviam por viver com dependentes químicos. Todavia aos poucos ficou aparente que, apesar de viver com dependentes químicos realmente causa estresse e contribui para a gênese de vários problemas psíquicos.

Grande parte dos autores observa que os co-dependentes abandonam suas vidas para viverem a vida do outro, mudando suas atitudes e forma de vida, mudanças estas percebidas por Wright; Wright (1990 e 1991) que sugerem também que a noção mais popular de co-dependência é a de uma síndrome de personalidade, supostamente com numerosas características, incluindo: rejeição, bloqueio de emoções, depressão, hipervigilância, compulsão, ansiedade, ser vítima de abuso físico ou sexual e complicações médicas devido ao estresse.

A literatura de auto ajuda define co-dependência de várias formas, tais como “dependências de pessoas, comportamentos ou coisas” (HEMFEL et al.,1989), estes autores também apontaram que cerca de um em cada quadro americanos são dependentes.

Pode-se destacar a visão de outra categoria sobre co-dependencia. A Visão da saúde mental: mesmo entre cientistas, a definição desse conceito não é precisa, indicando a necessidade de novas pesquisas (FULLER; WARNER,2000).

Conclui-se através da contribuição de Potter que o conceito de co-dependência se estendeu para todos os tipos de familiar e o temo dependência vale para tudo, de relacionamento a gasto excessivo. Destaca-se que os conceitos sendo cumprindo levando em conta a diferente forma social e cultural é importante conhecer a codependência de algo, para que assim esteja atento aos sintomas que o individuo apresenta, expressa a compulsão de cuidar e controlar o outro.

E com este passar do tempo vivendo desta forma acontece a perda a autoestima, descuida de suas próprias necessidades e valores, busca por aceitação para encontrar a segurança, estes familiares muitas vezes precisam de cuidados. Percebe-se que a co-dependência da família do dependente químico existe muitas vezes, por aceitação de conviver em um ambiente invasivo, onde a família não sente segurança para fazer sua própria opção. A família padece frente à percepção do uso de drogas por seu familiar, a família passa a conviver com esta realidade e sofre por não saber lidar com os problemas ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas.

2.2.1 CARACTERÍSTICAS DO CO-DEPENDENTE

Os efeitos de viver em uma família de dependentes de álcool e drogas são tão fortes que o individuo pode ser afetado em algum estágio de sua vida. Capacitando sentir-se inseguro com relação á sua confiança, autoimagem e maneira de ver a realidade. Além disto, essa insegurança não diminui necessariamente se a pessoa muda de ambiente. (POTTER-EFRON1989).

Pode-se destacar que segundo Melody Beattie algumas das características do codependente:

- ▶ Sentir ansiedade, pena e culpa quando a outra pessoa tem um problema;
- ▶ Sentir-se compelido, quase forçado a ajudar aquela pessoa a resolver o

problema, seja dando conselhos que não foram pedidos, oferecendo uma série de sugestões ou equilibrando emoções;

- ▶ Ter raiva quando sua ajuda não é eficiente;
- ▶ Comprometer-se demais;
- ▶ Culpar outras pessoas pela situação em que ele mesmo está;
- ▶ Dizer que outras pessoas fazem com que se sintam da maneira que se sente;
- ▶ Achar que a outra pessoa o está levando à loucura;
- ▶ Sentir raiva sentir-se vítima, achar que está sendo usado e que não sente sendo apreciado;
- ▶ Achar que não é bom o bastante;
- ▶ Contentar-se apenas em ser necessário a outros.

Portanto, toda forma de apoio, compreensão e desambição, podem ser muito úteis e importantes para o funcionamento desta dependência, pois o co-dependente considera-se responsável por outra(s) pessoa(s), pelos sentimentos, pensamentos, ações, escolhas, desejos, necessidades, bem-estar, falta de bem-estar e até pelo destino dessa(s) pessoa(s).

2.2.2 – CAUSAS

Nascer e crescer em um ambiente onde já existam dependentes químicos, costuma ser bastante prejudicial, os resultados de viver em uma família de dependente e álcool e drogas são tão fortes que o indivíduo pode ser afetado em qualquer estágio de sua vida, podendo sentir-se inseguro com relação à sua confiança, autoimagem e maneira de ver a realidade. Além disso, essa insegurança, não diminui necessariamente se a pessoa muda de ambiente (POTTER-EFRON; POTTER-EFRON 1989).

Alguns autores acreditam que a co-dependência pode estar ligada a acontecimentos da infância e à maneira como foi o convívio com pessoas viciadas em álcool ou com outras drogas. Desta maneira, as causas podem ser o ambiente de convívio, seja ele estressante e/ou conflitante. Pensamentos e sentimentos podem parecer maneiras de sobrevivência, pois repetitivamente os sentimentos são de negação por tudo, dificuldade de lidar com ambientes e situações.

Portanto, é importante estudar a dependência de vínculo, ou seja, a codependência, com olhar diferenciado, considerando o todo, como a cultura,

costumes o contexto desse familiar do doente, da dependência de viver a vida do outro.

Segundo Carvalho (2008, p.93):

De fato, a família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e socialização dos indivíduos. Independente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresenta, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais.

O conflito que a família suporta com o uso de drogas por um de seus membros lhe apropriada as reações que são advindas com o dependente químico. Este conflito pode ser descrito através de etapas pelos quais a família progressivamente passa sob a influência do uso de álcool e outras drogas. A primeira etapa caracteriza-se pela negação. Acontece conflito e discórdia entre os membros da família. Em um segundo momento, pode-se notar que a família demonstra muita preocupação com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas consequências físicas e emocionais, seja no campo do trabalho e no convívio social. Na terceira etapa pode-se demonstrar que a desorganização da família é enorme.

Entende-se que a família já está assumindo responsabilidade de ato que não é seu, diante deste fato o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do uso de drogas. E quarta etapa, pode-se perceber que é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em todos os familiares. Embora possam existir os conflitos no processo de convivência com a dependência de álcool e outras drogas, não se pode afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo.

Para a família as consequências da co-dependência são nefastas, pois elas são afetadas física e psicologicamente apresentando uma enorme dificuldade em solicitar e aceitar ajuda, mudando radicalmente a sua vida e conseqüentemente a rotina passa a ser do outro e não sua.

2.2.3 - ASPECTOS SOCIAIS:

Hoje as drogas são um problema social de grande repercussão local, nacional e mundial. OLIVEIRA, Pedro Ribeiro (2001, p.12-13), afirma que:

O nosso mundo está uma droga. A nossa sociedade é uma sociedade drogada. Somos todas vítimas dessas drogas. Que droga? Essa substância que nós ingerimos para nos dar prazer, tirar dor, fazer sair do mundo, fazer viajar. Buscamos isto na maconha, álcool, cocaína, crack, heroína, cola de sapateiro, cogumelo, tantas drogas que estão aí, as drogas que compramos na farmácia para ajudar a dormir, para ajudar a não dormir etc. São drogas que estão dentro da nossa sociedade. E a pergunta que nos colocamos, hoje, é como viver numa sociedade que não precise de drogas? Ou como viver numa sociedade onde estas drogas estejam sob controle, apenas para remediar situações que não têm outro jeito, senão por alguns meios artificiais.

Quando o dependente químico procura tratamento, é fundamental a participação da família. Pois o dependente já está atingido em relação ao meio social profissional e familiar. A família por momentos pensa em encontrar alternativas para a abordagem do problema vivido, porém não consegue, pois já se encontra também doente estando codependente do dependente químico.

Pode-se ressaltar que a família que recebe orientação e apoio fica em melhores condições psicológicas de enfrentar os problemas causados pela dependência química, podendo oferecer um embasamento para as mudanças de vida necessárias para o sucesso de tratamento. O apoio da família junto ao tratamento é fundamental, pois é o momento onde o paciente está se propondo a passar pela mudança em seu histórico de vida, quando a família orientada é sobre as ações da doença e de que o apoio funcionará como motivador para reinserção social, profissional e familiar. Entende-se por reinserção social: O ato pelo qual a pessoa tem acesso à informação, alimentação, saúde, educação, habitação, trabalho, renda, e pode ser motivado para promover o crescimento.

O co-dependente geralmente se caracteriza por ser uma pessoa permissiva por não fazer restrições firmes para que o dependente pare de ingerir certas substâncias ou por negar sua dependência. Da mesma forma o co-dependente emocional que não estimula ou ajuda o dependente a andar pelas próprias pernas.

Sejam quais forem as características, essas pessoas se colocam mais a disposição do outro e seus problemas, negando suas próprias necessidades ou as colocando em segundo plano, porque pensam estar ajudando esse alguém. Raramente percebem que são co-dependentes.

Desta forma a co-dependência implica na relação social, pois o indivíduo que tem esta doença não consegue agir com independência e pode tornar-se incompetente e sem sucesso em suas atividades profissionais, bem como, pode acontecer o rompimento do vínculo social, tornando-se uma pessoa insegura nas suas atitudes e comportamentos. Segundo (LORENCINI, 1998), problemas sociais frente ao uso de bebidas alcoólicas e outras drogas são marcados pela incoerência do lícito e do ilícito, a mídia segue essas incoerências. A população recebe através dos meios de comunicação muitas informações sobre a violência relacionada ao tráfico de drogas, porém, por outro lado a mesma tem sido estimulada ao consumo de bebidas alcoólicas pela propaganda.

2.2.5 STRESS

Para o entendimento sobre o stress podemos pensar nos efeitos causados por ele, sabemos que o stress pode atingir o bem-estar da pessoa, sua autoestima e valor pessoal, podendo levar ao desenvolvimento de sentimentos negativos, como a insatisfação e a desmotivação que, na prática, se manifestam pela diminuição da qualidade das atividades diárias.

Neste contexto, Sandy et al. (2001), enfatizam que no estresse, além do eixo neural também fazem parte da resposta do stress, a ativação do eixo neuroendócrino e endócrino, havendo produção de glicocorticóides que agem sobre o sistema imunológico, podendo, quando em quantidade excessiva, trazer prejuízos para seu funcionamento.

Já, Pinho Jr (2003) ao se referir aos prejuízos do stress sobre o sistema imunológico, afirma que um dos principais efeitos do stress, a redução da qualidade do sono, pode ocasionar efeitos prejudiciais nos linfócitos e diminuir, com isso, a produção de citocinas estimuladoras e reguladoras muito necessárias ao combate de infecções e na restauração da homeostase.

Podemos entender que estudos mostram clareza que o stress crônico pode afetar a proteção do indivíduo contra doenças, deixando a imunidade baixa e maior possibilidade de desenvolver problemas de saúde em geral não conseguindo combater doenças. Moreno Jr et al (2003) afirmam que os diferentes níveis de stress podem causar doenças cardiovasculares.

Desta maneira, a co-dependência da família do dependente de álcool e outras drogas não somente vivem a vida do outro, como poderá desencadear o stress não somente crônico como também o agudo com o aumento das atividades nervosas, como a preocupação com a situação vivida que poderá acarretar doenças graves.

Em 1984, Hans Selye indica o modelo trifásico do stress, caracterizado em alarme, resistência e exaustão. Em seguida, Lipp (2000) identifica tanto em nível clínico quanto estatístico, uma quarta fase de stress a qual denomina de quase exaustão, encontrando-se entre a fase de resistência e exaustão. Com isso, por ser dividido em quatro fases o modelo que inicialmente era chamado de modelo trifásico passa a ser conhecido como modelo quadrifásico.

Passamos, a seguir, a apresentar o quadro sintomático para as quatro fases relacionadas ao processo de desenvolvimento do stress (fase de alerta, fase de resistência, fase da quase exaustão e fase da exaustão) de acordo com o modelo quadrifásico, identificado por Lipp (2000):

Fase de Alerta é considerada a fase positiva do stress, em que a pessoa se confronta inicialmente com um estressor, instalando uma reação de alerta que desencadeia a produção de adrenalina e prepara o organismo para a fuga, em decorrência do instinto de sobrevivência (LIPP, 2000). Nesta fase percebe-se os sintomas de tensão muscular, mãos frias e suadas, sensação de nó no estômago e aumento da transpiração.

Fase de Resistência ocorre se a fase de alerta for mantida, ou seja, se os fatores estressantes persistirem ou se ele é de longa duração e intensidade excessiva.

Fase de quase exaustão ocorre quando a pessoa tenta lidar com os fatores estressores mas a persistência dos mesmos quebra a sua resistência física e emocional e ultrapassa o limite do gerenciável. Existem ainda momentos em que o indivíduo consegue pensar lucidamente, permite-se tomar decisões, e trabalhar, entretanto, tudo é feito com grande esforço, e esses momentos de funcionamento normal se interpõem com momentos de total desconforto. Segundo LIPP (2000, p.11) “nesta fase o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração.”

Fase de exaustão é considerada a mais negativa fase do stress. Ocorre quando “não há alívio para o stress, por meio da remoção dos estressores ou pelo

uso de estratégias de enfrentamento, e o stress atinge sua fase final” (LIPP, 2000, p.11). nesta fase, segundo esta mesma autora, doenças graves podem ocorrer, como enfarte, úlceras, psoríases, depressão entre outras. Outros sintomas também podem estar presentes, tais como: insônia, problemas dermatológicos, estomacais, cardiovasculares, instabilidade emocional, apatia sexual, ansiedade aguda, incapacidade de tomar decisões, vontade de fugir de tudo, autodúvida, irritabilidade.

Lipp (2000) afirma que pesquisas em várias partes do mundo tem enfatizado as implicações do stress excessivo para a saúde física e mental da pessoa e, para a sua produtividade e qualidade de vida, principalmente em situações de stress persistente ou que ultrapassa a capacidade de resistência do sujeito.

2.2.6 DESESPERANÇA

Conforme Cunha (2011) pode-se afirmar que a desesperança denota sensação de falta de sucesso e desprazer em relação ao futuro. Os familiares de dependentes químicos que já apresentam sintomas de co-dependência, muitas vezes não esperam satisfação real ou não apresentam a esperança de um futuro melhor, nem demonstram esperança na mudança do histórico de vida.

Entende-se por desesperança o período em que o indivíduo demonstra indícios de vários comportamentos negativos, como melancolia e desconforto emocional em relação a própria capacidade de realizações. Autores como Niemeyer e Feixas (1992) associam a desesperança a um sintoma derivado dos estudos relacionados à depressão.

Beck e Steer (1993) sustentam que a desesperança representa uma sensação de forte pessimismo, que, muitas vezes, pode levar à depressão e ao suicídio (Chioqueta & Stiler, 2007).

Podemos ressaltar que a negatividade toma conta da vida do sujeito ao ponto de sobressair um forte desejo de desistir, prevalecendo um sentimento de auto-derrota. Portanto, acontece a somatória de sentimentos negativos, próprios da desesperança, e os traços de pessimismo e de baixas expectativas em relação ao futuro, produzindo sensação de impotência, agregada a baixa auto estima.

2.2.6.1 - ESCALAS BECK

A Escala Beck é o instrumento utilizado para medir a gravidade do nível de ansiedade de um paciente.

Nesta escala consta uma série organizada de questões de múltipla escolha, as perguntas são de auto-avaliação sobre a percepção de ansiedade por parte do paciente ao longo da semana anterior. Após avaliação das respostas das perguntas tem-se o resultado dos diferentes sintomas de ansiedade do indivíduo tais como sudorese, taquicardia, irritabilidade e falta de ar. Cada pergunta do questionário possui quatro alternativas de resposta: Não, Levemente, Moderadamente ou Severamente. Ao responder, o paciente seleciona uma alternativa para cada pergunta. Contudo a confiabilidade da Escala de Ansiedade de Beck depende única e exclusivamente da honestidade do paciente ao responder cada questão proposta.

2.2.6.2 - ESCALA DE DESESPERANÇA

A Escala de Desesperança é um instrumento amplamente utilizado o questionário de escala de desesperança, formulado com questões que caracterizam personalidades particulares dos sujeitos tais como entusiasmo, otimismo, esperança, expectativas, desprazer, satisfação, etc.

Conforme a versão traduzida e validada para a realidade brasileira Escala de Beck (CUNHA, 2011).

Segundo Cunha esta escala consiste em de quatro escalas que indicam sintomas de ansiedade, depressão, desesperança e ideação suicida. Nesta pesquisa foi utilizado a de nível de escala desesperança.

2.2.7 - TESTE DE CO-DEPENDÊNCIA

Para o levantamento do nível de co-dependência utilizou-se o instrumento com 34 itens autogeridos e consiste em 8 sub-escalas, que são consideradas diagnósticas de co-dependência que consta segundo Potter-Efron, 1989, neste pode-se verificar os níveis de remorso/culpa, contradição, desenvolvimento de identidade crítica, ansiedade, raiva, depressão prolongada, rigidez e confusão. Suas sub-escalas contém de 3 à 6 questões, que suas únicas respostas devem se “sim” ou “não”. Para uma determinada sub-escala seja considerada positiva em co-

dependência quando apresentar duas ou mais questões são respondidas “sim”. Para que um dado indivíduo obtenha mensuração positiva para co-dependência, é necessário que pelo menos 5 das 8 subescalas sejam consideradas positivas (MEYER, 1997).

2.3 - POLÍTICAS PÚBLICAS

2.3.1 - POLITICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO AOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS / DROGAS

Pode-se exibir a Lei 11.343 de 2006 que segue da seguinte forma:

A Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 mostra em seu artigo 19 a prevenção ao uso indevido de drogas e determinam diretrizes, sendo:

I-; O reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade a qual pertence;

II-; A adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que atendam;

V – a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas.

Mais adiante dessa lei podemos mostrar que a Política Nacional sobre Drogas implica objetivos que ratificam essas diretrizes, os quais valem à pena destacar dois deles:

Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas;

Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade. (www.senad.gov.br).

Podemos concluir que há muitas conquistas no que diz respeito à prevenção do uso de drogas. Os direitos existem a legislação também, porem podemos perceber imprescindível necessidade de conhecimento e execução das leis por parte de toda a população, para que de fato estas sejam colocadas em prática objetivando combater os efeitos desastrosos que o uso e abuso de drogas causam na vida destas familiares que diariamente convivem com este conflito.

As consequências do uso de drogas na vida do indivíduo e da sociedade são avaliadas hoje como um problema de saúde pública.

Esta situação vem se tornando cada vez mais apavorante e gerando grande impacto social, necessitando maior atenção dos profissionais de saúde e de melhor distribuição de políticas públicas já existentes voltadas para o dependente químico e seus familiares.

Portanto, a sociedade civil organizada que tem por objetivo: fiscalizar, monitorar e avaliar as condições em que a política de assistência social está sendo desenvolvida (fiscalizar e avaliar a qualidade das ações; a aplicação de recursos públicos e o resultado das ações na vida dos assistidos). Entende-se como controle social.

Considerando que resultados de ações públicas pode ter a finalidade de articular ainda mais políticas e programas de interesse voltado para a saúde. Destaca-se intersectoralidade como integração dos serviços de saúde capacitando o acesso a direitos garantidos pelo poder público. Que repercutem na busca contínua de novas estratégias de enfrentamento da questão social.

Entende-se por políticas públicas o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, as políticas públicas são desencadeadas em níveis federal, estadual e municipal, adquirindo uma missão específica à medida que buscam solucionar fenômenos marcados.

Neste sentido, Volpe (1982) A política pública, portanto é uma “coisa” de todos para todos, que compromete todos (inclusive a lei que esta acima do Estado). Tal entendimento redundou em que o usuário tem o direito de receber tratamento para dependência química seja voluntário ou com ordem judicial (determinação da Justiça). Terá orientação quanto ao direito do acesso a grupos de mútua ajuda, sendo recursos oferecidos pela comunidade como as associações sem fins lucrativos.

2.3.2 - AÇÕES DE ATENDIMENTO DENTRO DA PERSPECTIVA INTERSETORIAL E BIOPSCOSOCIAL

Pode-se discorrer sobre os Alcoólicos Anônimos (AA), sendo uma comunidade, com carácter voluntário, de homens e mulheres que se reúnem para

alcançar e manter a sobriedade através da abstinência total de ingestão de bebidas alcoólicas.

Estes grupos autônomos que surgiram inicialmente nos Estados Unidos da América tiveram a sua raiz quando em 1935 um corretor da bolsa de Novo Iorque e um cirurgião de Ohio com um grave problema de alcoolismo decidiu criar uma comunidade de entreatada para apoiar os que sofrem deste problema e para se mantê-los próprios sóbrios. Eventualmente os AA difundiram-se por todo o mundo.

Nesta perspectiva o Narcótico Anônimo, surgiu nos Estados Unidos em meados de 1953, o NA é também uma irmandade mundial, sem fins lucrativos, ativa em mais de 130 países e com mais de 55.000 reuniões semanais no mundo. O propósito primordial é levar a mensagem ao adicto que ainda sofre.

Da mesma forma, a família do dependente de álcool e outras drogas serão atendidas pela comunidade ou municípios com programas de prevenção e tratamento, podemos explicar que segundo Al-anon's Twelve Steps (1981) o Al-Anon para familiares e amigos de alcoolistas.

Desta maneira, os grupos familiares Al-anon são uma associação de parentes e amigos de alcoolistas que compartilham experiências, força e esperança, a fim de solucionar os problemas que tem em comum. Tem o propósito de prestar ajuda a familiares e amigos praticando os doze passos, encorajando e compreendendo bem como proporcionando alívio a familiar de alcoolistas.

Destaca-se também o Alateen que tem a proposta de trabalhar voltado para os filhos de alcoolistas, que geralmente apresentam emoções mistas de amor e ódio, medo e piedade por seus pais. No Alateen aprende a pensar como pessoa sem medo. Desenvolvendo a capacidade de se desligar emocionalmente dos problemas dos pais, porém continua praticando o amor.

Nesta linha ainda podemos explicar mais uma das políticas públicas voltadas à proteção e orientação para as famílias, destacamos os centros terapêuticos. E desta maneira pode-se explicar sobre o NASF-núcleo de apoio a saúde da família.(BRASIL 1990).

A Atenção primária à saúde demanda uma interferência extensa em diversos aspectos para obtenção de efeitos positivos sobre a qualidade de vida da população. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada

na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Conforme o DAB-Departamento de Atenção básica existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família.

Entende-se que o atendimento do NASF é uma política pública voltada para atenção básica da família onde a equipe cria espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

Outra medida relevante para o tratamento de dependentes químicos e seus familiares são os Centros de Atenção psicossocial CAPS seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar 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.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, que busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), (BRASIL 1990), entre todos, os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.

3 – METODOLOGIA

3.1 - LOCALIZAÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida junto a familiares e pacientes do Hospital e Associação San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara, PR.

3.2 - DESCRIÇÕES DO LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES

O hospital de neuropsiquiatria do Paraná LTDA, foi fundado em 18 de setembro de 1968, por uma sociedade formada por onze profissionais de diversas áreas dentre eles o senhor Meron Daczuk e o Professor Doutor Afonso Antoniuk o idealizador, com sede à Avenida Getúlio Vargas número 1900, Piraquara-PR.

O nome fantasia Hospital Sanjulian veio em homenagem a um professor de neurocirurgia da Universidade do Uruguai. O Hospital teve de fato a sua inauguração em 14 de agosto de 1975 com o primeiro internamento, com o número de 100 (cem) leitos, atendendo pacientes de ambos os sexos, Gradativamente o Hospital foi crescendo, hoje o Hospital conta com 400 leitos todos conveniados ao SUS e atende só homens, a equipe multidisciplinar é composta por 186 profissionais de diversas áreas. A ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN - Hospital especializado em Psiquiatria, para tratamento de pacientes dependentes químicos e portadores de transtornos mentais é uma entidade de direito privado de caráter associativo sem fins lucrativos. A clientela atendida interna através de procura direta, por encaminhamento das Unidades de Saúde dos Municípios, Centros de Atenção Psicossocial e outros atendendo usuários de todos os Estados do Paraná.

3.3 PARTICIPANTES

O público alvo da pesquisa foram 40 familiares de internos dependentes químicos do hospital e Associação San Julian.

3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

3.4.1 TESTE DE CO-DEPENDÊNCIA POTTER-EFRON

Para o levantamento do nível de co-dependência utilizou-se o instrumento Potter- Efron Codependency Assessment (POTTER-EFRON; POTTER-EFRON,

1898), com validação transcultural para a realidade brasileira (HUMBERG, 2003). Este instrumento possui 34 itens autodirigidos, divididos em 8 sub-escalas, que são consideradas diagnósticas de co-dependência. Cada sub-escala contém de 3 a 6 itens, com respostas possíveis “sim” ou “não”. As referidas sub-escalas são as seguintes: remorso/culpa, contradição, desenvolvimento de identidade crítica, ansiedade, raiva, depressão prolongada, rigidez e confusão. Em relação à avaliação dos resultados obtidos, segundo Meyer (1997), para que uma determinada sub-escala seja considerada positiva para a co-dependência, esta sub-escala deverá apresentar duas ou mais questões respondidas com resposta “sim” e para que um indivíduo obtenha mensuração positiva para co-dependência, é necessário que pelo menos 5 das 8 subescalas sejam consideradas positivas.

3.4.2 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Para a avaliação dos níveis de stress entre os familiares de dependentes químicos participantes do presente estudo foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp – ISSL (2000). Este instrumento, segundo LIPP (2000, p. 13):

“apresenta o modelo quadrifásico do stress, baseado inicialmente no modelo trifásico de Selye (1984) com relação aos efeitos do stress poderem manifestar-se tanto na área somática como na cognitiva e aparecerem em sequência e gradação de seriedade à medida que suas fases de stress se agravam”.

O instrumento adotado (ISSL) é composto de três quadros que se referem às quatro fases do stress. Nos itens a serem respondidos são listados os sintomas típicos de cada fase do stress, incluindo os sintomas físicos e psicológicos. O respondente assinala os sintomas que tenha experimentado nas últimas 24h (quadro 1), última semana (quadro 2) e no último mês (quadro 3). No total o ISSL inclui 37 itens que avaliam os sintomas físicos e 19 para avaliar os sintomas psicológicos.

O primeiro quadro tem por objetivo identificar se o entrevistado está em fase de alerta, e para este quadro, o respondente deve assinalar, dentre 15 possíveis sintomas, os que ele teve nas últimas 24 horas. Se o número de resposta afirmativas for maior do que 6, há indicação de sintomas de stress compatível com a fase de alerta.

O segundo quadro tem por objetivo identificar se o entrevistado apresenta sintomas de stress correspondentes à fase de resistência parte 1) ou de quase

exaustão (parte 2). Este deve responder 15 possíveis sintomas que teve no último mês, sendo que, o número de resposta afirmativo maior do que 3, é indicativo da presença de sintomas de stress compatíveis com a fase de resistência ou de quase exaustão.

O objetivo do terceiro quadro é identificar se o entrevistado apresenta sintomas de stress pertinentes a fase de exaustão. Este deve responder 23 possíveis sintomas que teve no último mês. Se o número de resposta afirmativo for maior do que 8, indica que o entrevistado encontra-se na fase de exaustão.

Após a coleta dos dados deve-se calcular o resultado bruto e a porcentagem (de acordo com tabela de correção que consta no manual do ISSL) dos fatores físicos e psicológicos para cada uma das fases de stress (quadros 1, 2 e 3) e para o resultado total (fatores físicos + psicológicos).

Para estabelecer se o indivíduo apresenta ou não sinais de stress, é necessário verificar se os escores obtidos correspondem a sinais de stress, a partir dos critérios elencados por LIPP (2000, p.27):

<p style="text-align: center;">SINAIS DE STRESS</p> <p style="text-align: center;">$P1 + F1 > 6$</p> <p style="text-align: center;">$P2 + F2 > 3$</p> <p style="text-align: center;">$P3 + F3 > 8$</p>

Fonte: Manual do ISSL (LIPP, 2000, p.27)

A fim de verificar a fase de stress que o indivíduo se encontra, deve-se observar as porcentagens obtidas nos quadros avaliativos. A porcentagem mais elevada indica a fase de stress em que a pessoa se encontra, deve-se sempre considerar os resultados dos entrevistados cujos índices indicam sinais de stress. Quando o entrevistado apresenta escores brutos acima dos limites em mais de um quadro, indica processo de agravamento.

Segundo LIPP (2000) a porcentagem mais elevada indica a fase de stress que o indivíduo se encontra, de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 1 – Classificação das fases do stress, com base nos escores obtidos no ISSL (LIPP, 2000).

% MAIS ELEVADA	FASE DO STRESS
Q1	Fase 1: Alerta
Q2	Fase 2: Resistência (até 50%) Fase 3: Quase Exaustão (+ de 50%)
Q3	Fase 4: Exaustão

Nota: Tabela elaborada com base n os critérios estabelecidos no manual do ISSL (LIPP, 2000)

O ISSL, segundo LIPP (2000, p.14), permite:

“realizar um diagnóstico preciso de stress, determinar em que fase a pessoa se encontra e se este stress manifesta-se mais por meio de sintomatologia na área física ou psicológica, o que viabiliza uma atenção preventiva em momentos de maior tensão”.

3.4.3 ESCALA DE DESESPERANÇA BECK (BHS)

Para a avaliação dos níveis de desesperança entre os familiares dos dependentes químicos avaliados, foi utilizada a versão em português da Escala de Desesperança Beck - BHS (Beck Hopelensess Scale), traduzida, adaptada, validada e padronizada para a realidade brasileira por Cunha (2011). É um instrumento utilizado para “avaliar a extensão das experiências negativas a respeito do futuro imediato e remoto” (BECK e STEER, 1993, p.2). Segundo Cunha (2011) esta escala foi apresentada por Beck e seus colaboradores como medida da dimensão do pessimismo e da extensão das atitudes negativas frente ao futuro, referindo-se ao componente de desesperança. Cunha (2011) afirma ainda que a definição de desesperança adotada por Beck e seus colaboradores corresponde à concepção deste constructo apresentada por Stotland, em 1969: “como um sistema de esquemas cognitivos, nos quais o denominador comum é a expectativa negativa a respeito do futuro próximo e remoto”.

A BHS escala é uma escala dicotômica, constituída por 20 itens, com os quais a pessoa avaliada deve concordar ou discordar, respondendo “certo” ou “errado”. De acordo com Cunha (2011) as afirmações que constituem os itens envolvem as percepções do sujeito relacionadas a desesperança, sendo que o escore total

possível para a soma dos itens individuais pode variar de 0 a 20, podendo ser classificados de acordo com os níveis apresentados na tabela a seguir:

Tabela 15 – Níveis de referência em relação à desesperança, apresentados no manual da escala BHS, versão em português (CUNHA, 2011).

Nível	Escores
Mínimo	0 – 4
Leve	5 – 8
Moderado	9 – 13
Grave	14 – 20

Fonte: Manual da BHS, versão Português (CUNHA, 2011, p.17)

3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas nos dias em que os familiares comparecem ao hospital para a reunião familiar. Para a realização da entrevista, o familiar foi convidado a participar e a entrevista foi realizada individualmente. Os dados coletados junto aos familiares dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian, tiveram como foco principal analisar o processo de co-dependência e sua íntima ligação com os sintomas de estresse e desesperança vividos por estas pessoas.

A pesquisa teve início em junho de 2013, onde foram realizados levantamentos de dados qualitativos a partir de entrevistas semi-estruturadas que foram realizadas no período de 18 de junho de 2013 a 08 de agosto de 2013.

A escolha pelas entrevistas se fundamentou nos apontamentos realizados por Minayo (1994) que considera essa técnica a mais comum para a utilização do trabalho de campo, pois não é apenas uma conversa entre entrevistador e entrevistado, pois possui o alvo em investigar e/ou pesquisar sobre o assunto em questão.

Para a realização das entrevistas foi utilizado questionário semi-estruturado e aplicação de instrumentos padronizados de coleta de dados para levantamento dos níveis de co-dependência, stress e desesperança. Todos os instrumentos foram aplicados em uma única sessão de entrevista e após o participante assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Neste trabalho de conclusão de curso considera-se o não conhecimento do direito enquanto cidadão de direito uma expressão da questão social. E aponta-se para a existência de uma resposta estatal a essas questões.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir das entrevistas foram analisados por meio de métodos de análise descritiva para os dados quantitativos e análise de conteúdo baseado no método desenvolvido por Bardin (1977), para os dados qualitativos.

Os dados provenientes dos instrumentos padronizados (ISSL, BHS e POTTEREFRON) foram tabulados e analisados conforme as instruções específicas de cada um deles, gerando dados quantitativos, que foram discutidos a partir da literatura específica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados obtidos busca caracterizar aspectos da questão social envolvida na problemática da dependência química, em especial, no que diz respeito aos familiares do dependente químico.

Segundo Behring (2009) e Santos (2009). Estabelecer as relações entre questão social e direito implica no reconhecimento do indivíduo social com sua capacidade de resistência e conformismo frente a situações de opressão e de exploração vivenciadas; com suas buscas e iniciativas para enfrentar adversidades; com seus sonhos e frustrações diante das expectativas de empreender dias melhores.

4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ)

4.1.1 FAIXA ETÁRIA ATUAL DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ)

Os resultados referentes a faixa etária dos dependentes químicos participantes da pesquisa, internados no Hospital San Julian, são apresentados na

Tabela 2. Tabela 2 - Faixa etária atual dos usuários participantes, internados no Hospital e Associação San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr.

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
16-20	03	7.5
21-25	03	7.5
26-30	04	10
31-35	05	12.5
36-40	06	15
41-45	06	15
46-50	09	22.5
51-55	01	2.5
56-60	01	2.5
61-65	00	00
66-70	01	2.5
71-75	01	2.5
TOTAL	40	100

Ao analisarmos os dados apresentados na Tabela 2, quanto a faixa etária atual dos usuários participantes internados no Hospital e Associação San Julian (HASJ) (Tabela 01) podemos observar que a maior parte dos internos estão dentro da faixa entre 26 e 50 anos (75%), o que é bastante conclusivo, pois sujeitos nesta idade já estão mais maduros. A medida que já passaram a fase da adolescência, outro fato muito importante é a de que muitos deles nesta idade já passaram por outras tentativas de saída do mundo da drogas, como por exemplo, casas de recuperação.

Outra constatação importante é que no mundo das drogas temos poucos idosos, fatos estes também observados por outros autores como Santana (2011); Pacheco (2012); Silva (2012), que constataram que nos tempos atuais com a entrada, principalmente do crack, é muito difícil encontrar um usuário desta droga que sobreviva por mais de 5 anos.

4.1.2 IDADE DE ENTRADA NA DROGADIÇÃO DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES, INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ)

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes a idade de início do consumo de drogas por parte dos dependentes químicos, participantes desta pesquisa e internados no Hospital San Julian.

Tabela 3 - Idade de entrada na drogadição dos usuários participantes, internados no Hospital e Associação San Julian (HASJ).

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
5-10	05	12.5
11-15	12	30
16-20	19	47.5
21-25	01	2.5
26-30	01	2.5
Não respondeu	02	05
TOTAL	40	100

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 03, observa-se que a idade de entrada de todos os internos do Hospital e Associação Sanjulian (ASJA) que participaram da pesquisa foi antes dos 30 anos. Por outro lado 90% destes internos adentraram ao mundo das drogas antes dos 20 anos de idade.

Outro fato agravante que devemos observar é que aproximadamente 50% dos internos começaram a consumir drogas ainda menores de idade, ferindo gravemente ao Estatuto da criança e do adolescente (ECA). Neste sentido, observamos que 12,5% começaram a utilizar drogas antes dos 10 anos de idade, há relato de uso aos sete anos, o que põe toda a sociedade em alerta máximo, pois as drogas estão rondando as nossas escolas de ensino fundamental e traz a tona a velha discussão sobre quais são os caminhos a serem seguidos pela sociedade para contornar este quadro atual?

4.1.3 TEMPO DE USO DE DROGAS POR PARTE DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (ASJA)

O tempo de uso de drogas relatado pelos dependentes químicos participantes da pesquisa, internos do Hospital San Julian, está registrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Tempo de uso de drogas por parte dos usuários participantes, internados no Hospital e Associação San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr.

TEMPO DE USO DE DROGAS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
1-5	4	10
5-10	02	5
11-15	05	12.5
16-20	03	7.5
21-25	10	25
26-30	07	17.5
31-35	04	10
36-40	01	2.5
41-45	00	00
46-50	01	2.5
51-55	00	00
56-60	01	2.5
Não respondeu	02	05
TOTAL	40	100

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 4, observa-se que o tempo de uso de drogas por parte dos internos do Hospital e Associação San Julian (HASJ), observamos que não há uma solidez em relação aos dados apresentados, isto se deve muito ao fato de que muitos dos internos são usuários de drogas lícitas como o álcool, que levam o indivíduo ao uso por um longo tempo, diferentemente do crack, que o seu uso contínuo por um curto período de tempo leva o indivíduo a óbito. Dos sujeitos que participaram da pesquisa destaca-se com a maior quantidade de usuários os intervalos de idades entre 21 a 25 (n=10) e 26 a 30 (n=7), que somados totalizam 17 internos, com período de utilização das drogas entre 21 a 30 anos, atingindo o percentual de 42,5%. Observa-se também que outra faixa representativa da pesquisa são de usuários que utilizam drogas a 11 até 15 anos, fato evidenciado em 12,5% dos entrevistados.

4.1.4 CIDADE DE ORIGEM DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES, INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA-PR

Na Tabela 5 são apresentadas as cidades de origem dos usuários participantes, internados no Hospital San Julian.

Tabela 5 - Cidade de origem dos usuários participantes, internados no Hospital e Associação Sanjulia (ASJA), localizado no município de Piraquara, PR.

CIDADE DE ORIGEM	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
Araucária	2	05
Campo Largo	1	2,5
Colombo	3	7,5
Curitiba	10	25
Fazenda Rio Grande	5	12,5
Guaratuba	1	2,5
Lapa	1	2,5
Mandirituba	1	2,5
Morretes	1	2,5
Paranaguá	1	2,5
Pinhais	1	2,5
Piraquara	6	15
Rio Branco do Sul	1	2,5
São José dos Pinhais	5	12,5
São Mateus do Sul	1	2,5
Total	40	100%

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 5, observa-se que a cidade de Curitiba, devido ao fato de ser a metrópole mais próxima ao hospital, é a que mais procura os internamentos oferecidos pelo ASJA, totalizando 25% dos internamentos. O município de Piraquara, apesar de ser a cidade sede do hospital atende somente 15% dos entrevistados. Este fato se dá por diversos fatores, primeiro pela falta de informação do serviço ofertado, que tem desfavorecido o município. Outro fator importante é que pode-se observar um pulverizamento das cidades atendidas, visto que outras duas cidades com números relevantes é da Fazenda Rio Grande e São José dos Pinhais com 12,5% dos pesquisados cada, mostrando a falta de opções por este tipo de tratamento na região, que é a maior do estado do Paraná.

Sem dúvida alguma, entre as prioridades de investimento e de políticas públicas de atendimento por parte do governo esta seria uma das prioritárias, a da criação de instituições com atendimento multidisciplinares e intersetoriais com visão no atendimento biopsicossocial, do usuário, mas também com atenção a família.

Neste contexto é sempre importante a citação do conceito do SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, onde o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Concluímos que a saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais que visem à proteção e recuperação do usuário.

4.1.5 PROFISSÃO EXERCIDA PELOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARAPR

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 05, observa-se que pedreiro é a profissão de 15% dos usuários internados no HASJ. Outro fato que parece agravante que devemos observar é que 10% são aposentados.

Pode-se concluir que ficar com o tempo ocioso pode desencadear a gravidade do consumo de álcool. Pode-se expressar que 7,5% dos pacientes entrevistados são autônomos e na mesma porcentagem aparece o auxiliar de produção. Outro fato relevante é que a profissão de servente e motorista apresentam uma amostra de 5% dos entrevistados. Conclui-se a importância do trabalho de educação continuada por parte do empregador para seus empregados onde poderá acontecer a prevenção e orientação dentro do âmbito de trabalho.

4.1.6 - ESTADO CIVIL DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARAPR

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 06, observa-se que 62,5 dos pacientes internados na HASJ são solteiros podemos expressar que o solteiro muitas das vezes usam por influencia do momento com amigos e até mesmo por rebeldia que não tendo compromisso com meio familiar este fato pode desencadear o uso.

Segundo (Alpert, 1994), estar divorciado, ser solteiro, ter disfunção no ambiente familiar e doenças psiquiátricas parentais pode ser considerado como fatores de risco tanto para a dependência de cocaína quanto para o surgimento da depressão Maior, tendo em vista que o fator família poderá alternar o consumo de álcool e outras drogas.

Tabela 06. Estado civil dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr.

ESTADO CIVIL	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
Casado	10	25
Divorciado	3	7,5
Separado	1	2,5
Solteiro	25	62,5
Viúvo	1	2,5

4.1.7 - FORMA DE INTERNAMENTO DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, PR

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 07 Conclui-se que 95% dos pacientes internados na HASJ são de tratamento voluntária onde poderá acarretar a probabilidade do desejo em tratar-se, 5% não tem este entendimento e familiares procuram auxílio do ministério público, Podemos concluir que A internação compulsória está prevista em lei. Quando a pessoa não quer se internar voluntariamente, pode-se recorrer às internações involuntária ou compulsória, definidas pela Lei Federal de Psiquiatria (Nº 10.216, de 2001).

Tabela 07. Forma de internamento dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr.

FORMA DE INTERNAMENTO	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
Ordem Judicial	2	5
Voluntário	38	95

4.1.8 - QUANTIDADE DE INTERNAMENTOS POR PARTE DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, PR

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 08. Observa-se a importância do trabalho de rede oferecida pelo Município como política pública existente ou por instituição sem fins lucrativos para auxiliar na continuidade do tratamento no pós alta do Hospital San Julian, podemos destacar neste dado que 47,5% dos pacientes que

estão em tratamento é o segundo internamento no HASJ, porém é relevante destacar que pode acontecer a recaída por não acontecer a continuidade do tratamento no pós alta em manutenção seja em grupos de mutua ajuda, ambulatorios de saúde mental ou a politica que poderá ser oferecida para aquele sujeito que deseja ser protagonista da sua própria história.

Tabela 08. Quantidade de internamentos por parte dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr.

QUANTIDADE DE INTERNAMENTOS	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
Não respondeu	1	2,5
1	19	47,5
2	6	15
3	5	12,5
4	3	7,5
6	1	2,5
8	2	5
17	1	2,5
Vários	1	2,5
5	1	2,5

4.1.9 - TEMPO DE INTERNAMENTO DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, PR

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 09. 35% dos pacientes internados estão em seu primeiro internamento, onde no momento da entrevista seguem em tratamento, destacamos que 15% dos pacientes internados no HASJ que tiveram 6 internações permaneceram somente 30 dias, outro fato também é que 17,5% dos pacientes com 7 internações não lembram o tempo de internação, Deve-se expressar que concluímos os fatos mais relevantes da pesquisa que a adaptação de um paciente para o outro é bastante diferente sendo que 7,5% dos pacientes com 3 internamentos ambos obtivemos um amostragem de 15 a 90 dias de internamento. Pode-se expressar que o HASJ trabalha com programa FASES e período mínimo de 60 dias onde o paciente sai de alta melhorada com encaminhamento para a continuidade ao tratamento no pós-alta. Programa fases este que terapeuticamente

é trabalhado em cores sendo Vermelha (Adaptação); Amarela (Conscientização); Verde (Assimilação) e Azul (preparo para alta), sendo esta troca de fases feita de 15 em 15 dias se o paciente estiver seguindo e participando das atividades propostas.

Fato este relevante onde foi observado pela triagem do Serviço Social em início da ideia por desenvolver o trabalho quando a família expressa não ter mais esperança sobre a mudança, pois as recaídas vem juntamente com o desânimo do responsável por vários internamentos acoplada pela resistência de aceitação do tratamento.

Tabela 09. Tempo de internamento dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr.

TEMPO DE INTERNAMENTO	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
1º Internamento	14	35
10 dias	1	2,5
120 dias	2	5
15 dias	3	7,5
180 dias	1	2,5
210 dias	1	2,5
30 dias	6	15
50 dias	1	2,5
90 dias	3	7,5
Não Sabe	7	17,5
60 dias	1	2,5

4.2 - CARACTERIZAÇÕES DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ)

4.2.1 - GRAU DE PARENTESCO DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, PR.

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 10, podemos observar que 47,5% do familiar do paciente internado na HASJ, que acompanha no tratamento é a

mãe. Pode-se destacar que pra ela essa luta é incansável, nada mais é do que as conexões iniciais da mãe quando ainda seu filho era bebe sentimento de proteção.

Podemos concluir que mesmo quando muita das vezes a mãe deixou de viver seu mundo a passa a viver o mundo do filho, estando já co-dependente deste dependente químico, apresentara momentos de cansaço, desesperança na mudança do histórico de vida, porém não desiste em trata-lo mais uma vez em solicitação de ajuda.

Tabela 10. Grau de parentesco dos familiares dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara

GRAU DE PARENTESCO	NÚMERO	PORCENTAGEM
Enteada	1	2,5
Esposa	3	7,5
Filha	5	12,5
Filho	1	2,5
Irmã	9	22,5
Irmão	1	2,5
MÃE	19	47,5
Neta	1	2,5

4.2.2 - PROFISSÃO DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (HASJ), LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 11 pode-se concluir que a profissão de familiares dos pacientes internados na HASJ é do lar com 37,5% e que 12,5% são aposentados, podemos concluir que o fato da relevância ser em mulheres do lar, ressaltará que segundo pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Pnad o número de famílias lideradas por mulheres no Brasil em 2011 cresceu 2,3% em comparação com 2009.

Sendo a presença da mulher como pessoa de referência da família.

Tabela 11. Profissão dos familiares dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr.

PROFISSÃO	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
Aposentada	5	12,5
Aux. Cozinha	1	2,5
Cabelereira	3	7,5
Cuidadora	1	2,5
Diarista	1	2,5
Do lar	15	37,5
Doméstica	2	5
Empacotadora	1	2,5
Empresária	1	2,5
Estudante / Do Lar	1	2,5
Garçon	1	2,5
Lojista	1	2,5
Não Informado	2	5
Operadora de Caixa	2	5
Secretária	1	2,5
Sevente em escola	1	2,5
Auxiliar Operacional	1	2,5

4.2.3 - COMO TOMOU CONHECIMENTO DO TRABALHO EFETUADO PELO HOSPITAL SANJULIAN JUNTO A USUÁRIOS DE DROGAS.

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 12, pode-se ressaltar que o conhecimento dos familiares dos pacientes internados na HASJ com relação ao tratamento oferecido foi através das unidades básicas de saúde próximos da residência com apresentação de 50%, com Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviço. Assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Nos dados também é relevante expressar que os CAPS-Centro de Atenção Psicossocial com uma porcentagem de 27,5% dos entrevistados sendo unidades de atendimento intensivo e diário entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental e em orientação aos familiares na relação de internamento.

Tabela 12. Como tomou conhecimento do trabalho efetuado pelo hospital Sanjulian junto a usuários de drogas.

COMO CHEGOU AO SANJULIAN	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
Amigos	4	10
CAPS	11	27,5
Outros	1	2,5
Unidade de Saúde	22	50
Amigos / Unidade de Saúde	2	5

4.2.4 – RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO DOS PACIENTES NO HOSPITAL SAN JULIAN

Nos dados apresentados no Gráfico 1 os familiares foram questionados se foram ou não responsáveis pelo primeiro internamento dos pacientes no Hospital San Julian.

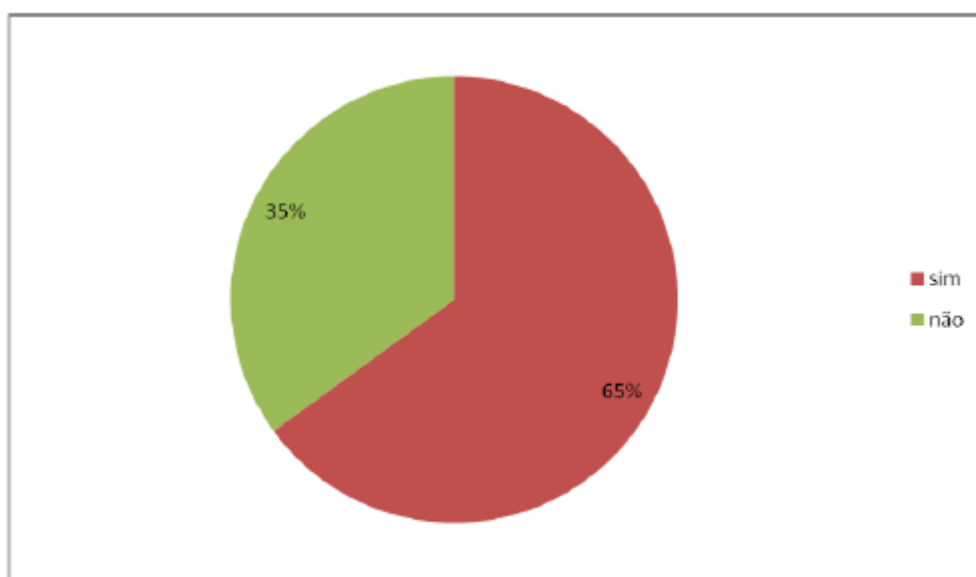


Figura 01. Resposta dos familiares dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr

Após a análise dos dados coletados do Gráfico1 pode-se observar que a maior parte dos internos no Hospital e Associação San Julian (HASJ), está dentro da faixa de que 65% dos familiares entrevistados é responsável pelo seu primeiro internamento do usuário.

4.2.5 – RESPONSABILIDADE PELO INTERNAMENTO EM OCASIÕES ANTERIORES

Na figura 02 observam-se os valores obtidos para a resposta dos familiares dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara - PR, quanto a responsabilidade pelo internamento do usuário em internações anteriores.

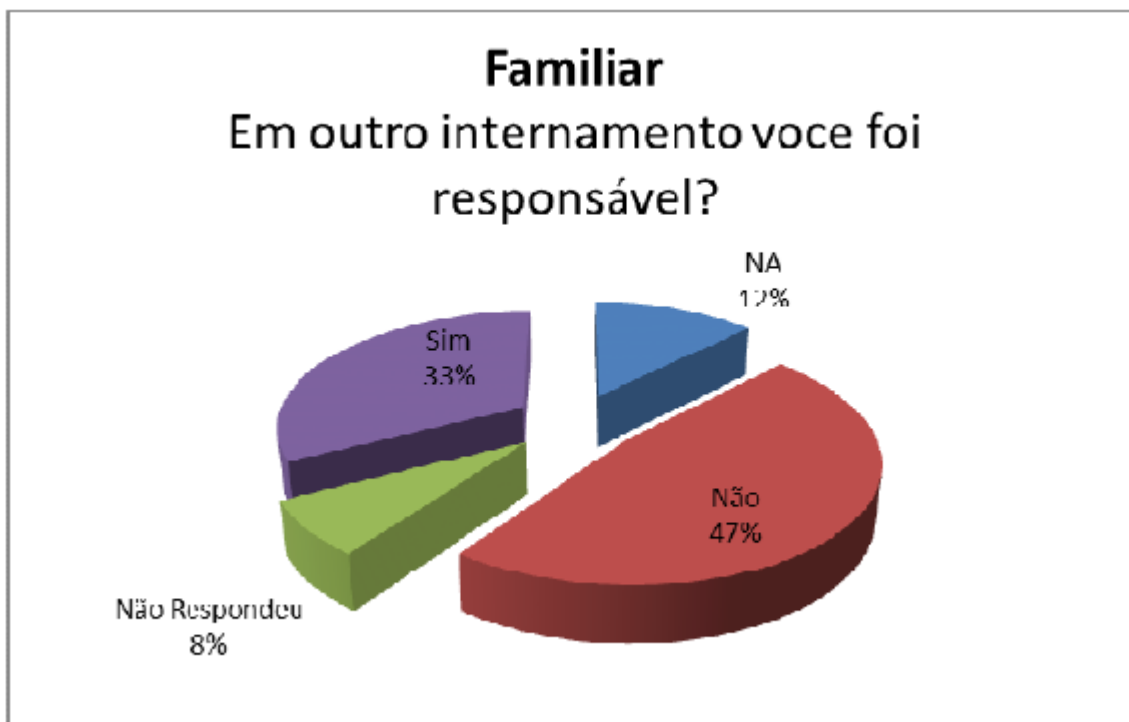


Figura 02. Percentual de acompanhamento dos familiares em internações anteriores dos usuários internos do Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara – PR

Pela análise dos dados coletados pode-se observar que a maior parte dos familiares dos internos no Hospital e Associação San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr, não foram responsáveis por outros internamentos ocorridos. Onde a amostragem foi de 47% dos entrevistados.

A Tabela 13 apresenta os resultados referentes ao grau de parentesco dos familiares responsáveis por internações anteriores do usuário, quando o familiar respondente não foi o responsável.

Tabela 13 – Grau de parentesco do familiar responsável por internamentos anteriores do usuário atualmente internado no Hospital SanJulian.

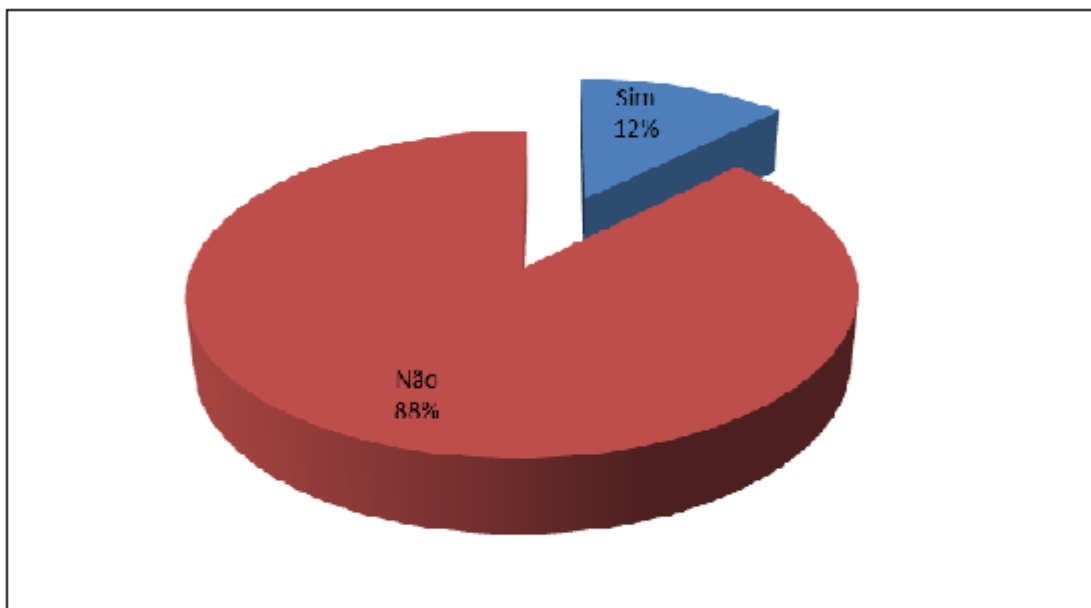
CASO NÃO, QUEM FOI O OUTRO RESPONSÁVEL?	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Esposa	1	3%
Filhos	1	3%
Irmã	1	3%
Mãe	1	3%
NA	19	49%
Não Respondeu	8	21%
Não sabe	5	13%
Pai	2	5%
Pai / Esposa	1	3%

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 13, podemos concluir que 49% dos familiares dos internos no Hospital e Associação San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara - PR, estão na condição de responsável pelo primeiro internamento ou foi responsável também por internamentos anteriores. Devido a este fato foi utilizado o termo NA para situação não aplicável na tabela.

4.2.6 – OCORRÊNCIA DE AGRESSÃO FÍSICA EM CASA POR PARTE DO USUÁRIO AOS MEMBROS DA FAMÍLIA

O Gráfico 3 apresenta o percentual de ocorrência de agressão física aos familiares por parte dos usuários participantes do presente estudo, internados no Hospital SanJulian.

Gráfico 3 – Ocorrência de agressão física em casa aos membros da família, por parte dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (HASJ), localizado no município de Piraquara -PR.



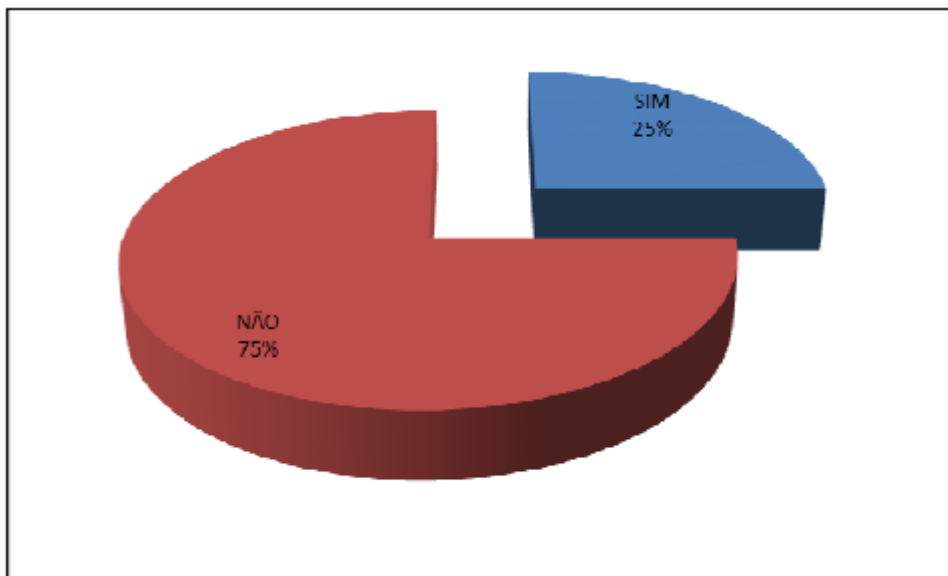
Ao analisar os dados apresentados no gráfico 3, podemos concluir que 88% dos familiares dos internos no Hospital e Associação San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara - PR, responderam que não houve agressão física por parte dos usuários a membros da família.

Fato importante explicar é que as drogas são definidas como substâncias que alteram o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do sistema nervoso central, onde altera todo o comportamento do usuário.

4.2.7 – OCORRÊNCIA DE FURTOS OU ROUBOS POR PARTE DO USUÁRIO

Os familiares dos usuários participantes do presente estudo, internados no Hospital SanJulian foram questionados se tinham conhecimento da prática de furtos ou roubos pelos mesmos.

Gráfico 4. Resposta dos familiares (%)a respeito da prática de furtos ou roubos por parte dos usuários internados no Hospital e Associação San julian (HASJ), localizado no município de Piraquara, PR.



Ao analisar os dados apresentados no gráfico 4, pode-se concluir que 75% dos familiares dos internos no Hospital e Associação San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara, Pr., responderam desconhecer a existência de furtos ou roubos por parte dos dependentes. Estes dados são discordantes a aqueles observados por Santana, 2011, que ao questionar internos de casa de recuperação diagnosticou que 100% dos internos haviam cometido algum tipo de delito.

Este tipo de resultado pode ser devido ao processo de negação e de vergonha que muitas vezes acomete o familiar, que prefere omitir o dado a expor o familiar.

4.2.8 – LEVANTAMENTO A RESPEITO DE GASTO CONTRATUAL JURÍDICO, HONORÁRIOS PARA O INTERNAMENTO DE SEU FAMILIAR

Quanto ao levantamento realizado com os familiares dos pacientes internados no Hospital San Julian (HASJ), localizado no município de Piraquara, a respeito de gasto contratual jurídico, honorários para o internamento de seu familiar, foi levantado que 100% não tiveram gastos contratual ou honorário para chegar ao internamento, fato importante, pois as prerrogativas defendidas quanto ao direito ao tratamento gratuito pelo SUS (Sistema Único de Saúde), criado no Brasil em 1988,

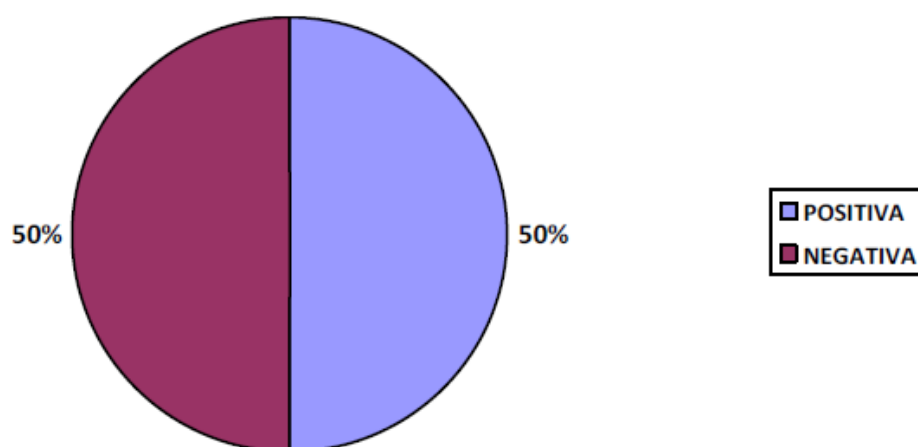
com a promulgação da nova Constituição Federal e que tornou o acesso à saúde direito gratuito de todo cidadão, está sendo cumprido.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE CO-DEPENDÊNCIA DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (ASJA)

4.3.1 NÍVEIS DE CO-DEPENDÊNCIA APRESENTADOS PELOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL SAN JULIAN (ASJA)

Os níveis gerais de co-dependência dos familiares dos usuários internados no Hospital San Julian, levantados a partir dos resultados obtidos com a aplicação do Questionário Potter-Efron de co-dependência são apresentados no gráfico 6.

Gráfico 6 – Percentual de co-dependência dos familiares dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian (ASJA), localizado no município de Piraquara, PR.



Após análise dos resultados observa-se que 50% dos familiares apresentaram resultados compatíveis com mensuração positiva para co-dependência.

Os resultados referentes aos índices de co-dependência dos familiares dos usuários internados no Hospital e Associação Sanjulian, por sub-escala, são apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 – Índices de co-dependência, por subescala, dos familiares dos usuários internados no Hospital Sanjulian.

SUB-ESCALA	N CO-DEPENDÊNCIA POSITIVA	PORCENTAGEM (%)
MEDO/ANSIEDADE	37	92,5
VERGONHA-CULPA	25	62,5
DESESPERO/DEPRESSÃO	21	52,5
PROLONGADA		
RAIVA	23	57,5
NEGAÇÃO	13	32,5
RIGIDEZ	22	55
DESENVOLVIMENTO	20	50
INCOMPLETO IDENTIDADE		
CONFUSÃO	15	37,5

De acordo com os resultados apresentado na Tabela 18, as sub-escalas que mais se descaram, com maiores índices positivos para co-dependência foram as que avaliam medo/ansiedade, vergonha/culpa e raiva. Ressalta-se ainda que em seis das oito sub-escalas avaliadas, o índice de resultados positivos para a co-dependência foi de 50% ou mais.

4.4 CARACTERIZAÇÕES DOS NÍVEIS DE STRESS DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (ASJA)

4.4.1 NÍVEIS DE STRESS APRESENTADOS PELOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (ASJA)

A presença de sintomatologia relacionada ao stress foi avaliada por meio da aplicação do Inventário de Sintomas de Stress de LIPP (ISSL). A partir da compilação dos dados decorrentes desta aplicação pode-se classificar a fase de stress em que os indivíduos se encontram. A Tabela 19 apresenta as frequências e porcentagens de classificação nas fases de stress dos resultados obtidos no ISSL pelos familiares dos usuários internados no Hospital SanJulian, participantes deste estudo.

Tabela 19 – Prevalência de sintomas de stress e classificação das fases de stress em familiares de dependentes químicos internados no Hospital Sanjulian.

Fase do Stress	Frequência	Porcentagem
Sem stress	26	65,0
Alerta	0	0
Resistência	11	27,5
Quase exaustão	01	2,5
Exaustão	02	5,0
Total	40	100

Ao analisarmos os dados apresentados na Tabela 19, podemos concluir que 65% dos familiares dos internos no Hospital e Associação Sanjulian (ASJA), localizado no município de Piraquara, não apresentaram sinais significativos de stress.

Os dados encontrados são próximos aos resultados de pesquisas realizadas na cidade de São Paulo, com a população de modo geral e/ou trabalhadores de fábricas e escritórios, apresentados no manual do ISSL, por LIPP (2000), em que 61% dos entrevistados não apresentaram sintomas de stress. No mesmo sentido, também são apresentados por Lipp (2000) estudos realizados na cidade de Campinas-SP, com o mesmo público alvo da pesquisa realizada em São Paulo, obtendo-se índices semelhantes de pessoas sem stress (62,5%).

Quando avaliamos os resultados das pessoas que apresentaram sintomatologia positiva para o stress, verificamos que, no presente estudo, 27,5% dos entrevistados obtiveram resultados que se enquadram no nível de resistência. Para o nível de exaustão foi encontrado a porcentagem de 5% dos entrevistados. Para o nível de quase exaustão foi evidenciado a porcentagem de apenas 2,5%.

Nos estudos divulgados no manual do ISSL, referentes às cidades de São Paulo e Campinas (LIPP, 2000), verificamos porcentagens próximas aos achados do presente estudo para as fases em que os sujeitos foram classificados, com ligeira diferença para a fase de exaustão, que nos resultados de São Paulo alcançou o índice de 2%, em Campinas 0,5% e no presente estudo 5%. Cabe ressaltar que o manual do ISSL (LIPP, 2000) apresenta vários estudos, realizados em diferentes cidades de todo o Brasil e, em nenhuma delas, o índice de exaustão alcançou porcentagem superior a 3,5%.

A Tabela 20 indica o tempo de uso do dependente químico relacionado ao nível de stress do familiar do interno no Hospital e Associação Sanjulian (ASJA), localizado no município de Piraquara.

Tabela 20 –Tempo de uso de substâncias psicoativas dos dependentes químicos referido pelo familiar, segundo as fases de stress.

Tempo de uso	Fases do stress					Total N (%)
	Sem Stress N (%)	Alerta N (%)	Resistência N (%)	Quase Exaustão N (%)	Exaustão N (%)	
1 a 5 anos	2 (5)	---	1 (2,5)	---	1 (2,5)	4 (10)
6 a 10 anos	2 (5)	---	---	---	---	2 (5)
11 a 15 anos	1 (2,5)	---	2 (5)	1 (2,5)	---	4 (10)
16 a 20 anos	3 (7,5)	---	---	---	---	3 (7,5)
21 a 25 anos	7 (17,5)	---	4 (10)	---	---	11
26 a 30 anos	5 (5)	---	1 (2,5)	---	1 (2,5)	7 (17,5)
Mais de 30 anos	4 (10)	---	3 (7,5)	---	---	7 (17,5)
Não sabe	2 (5)	---	---	---	---	2 (5)
Total	26 (65)	---	11 (27,5)	1 (2,5)	2 (5)	40 (100)

De acordo com os dados apresentados na Tabela 20 não foram constadas tendências que relacionem o tempo de uso de substâncias psicoativas pelos internos do Hospital SanJulian e os níveis de stress de seus familiares. Uma hipótese explicativa para estes resultados pode estar relacionada ao fato que os dados de caracterização dos familiares dos referidos usuários não indicam homogeneidade quanto ao tempo de acompanhamento dos familiares nos tratamentos e nem em relação ao tipo de drogas utilizados, o que pode ter interferido nos resultados, aproximando-os dos resultados referentes aos níveis e fases do stress encontrados na população em geral.

4.5 CARACTERIZAÇÕES DOS NÍVEIS DE DESESPERANÇA DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (ASJA).

4.5.1 NÍVEIS DE DESESPERANÇA DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL E ASSOCIAÇÃO SANJULIAN (ASJA).

A Tabela 16 apresenta os níveis de desesperança dos familiares dos dependentes químicos participantes, internados no Hospital San Julian, levantados a

partir da aplicação da versão em português da Escala de Desesperança de Beck – BHS.

Tabela 21 – Níveis de desesperança dos familiares de dependentes químicos participantes, internados no Hospital e Associação Sanjulian (ASJA), localizado no município de Piraquara, PR.

Níveis de Desesperança	Frequência	Porcentagem
Mínimo	7	17,5
Leve	20	50
Moderado	12	30
Grave	1	5
Total	40	100
Média dos níveis de desesperança = 7,25		

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 16, podemos concluir que 50% dos familiares dos internos no Hospital e Associação Sanjulian (ASJA), localizado no município de Piraquara, apresentaram o nível de desesperança considerado leve, 30% apresentaram o nível de desesperança considerado moderado, 17,5% apresentaram o nível de desesperança considerado mínimo e 5% dos entrevistados atingiram o nível de desesperança considerado grave.

Com isso evidenciamos que a média do nível de desesperança dos familiares dos usuários internados na ASJA é de 7,25, que segundo a escala de desesperança de Beck é considerado leve. No entanto, estes índices se tornam preocupantes quando comparados aos índices encontrados para os grupos participantes dos estudos apresentados no manual da escala BHS, encontrados por Cunha (2011), que são apresentados na Tabela 17.

Tabela 22 – Níveis médios de desesperança encontrados por Cunha (2011), para diferentes grupos participantes dos estudos apresentados no Manual da BHS e nível médio de desesperança encontrado no presente estudo.

Níveis médios de desesperança encontrados por Cunha (2011)	
Fonte: Manual da Versão em Português das Escalas Beck (CUNHA, 2011)	
Amostras	Níveis Médios de Desesperança
Psiquiátrica	
Dependência de álcool	3,76
Dependência de outras substâncias	6,77
Transtorno de pânico	6,45
Transtorno de fobia social	7,35
Transtorno de Ansiedade	8,49
Depressão	10,59
Atendimento emergência por tentativa suicídio	8,95
Qualquer diagnóstico com histórico de tentativa de suicídio	10,97
Transtorno psiquiátrico não especificado	7,43
Médico-clínica	
Cardiopatia	2,88
Dor crônica	4,94
HIV	9,20
Disfunção erétil	6,23
População Geral	
Universitários	2,96
Reclusos penitenciária	3,60
Bombeiros	3,36
Funcionários Hospital	2,84
Funcionários empresa trens	3,08
Idosos	7,60
Nível médio de desesperança encontrado no presente estudo	
Familiares de dependentes químicos	7,25

Com base na Tabela 17 percebe-se que o nível médio de desesperança encontrado no presente estudo para os familiares de dependentes químicos está muito próximo ao encontrado por Cunha (2011) para populações/amostras que encontram-se em situação que convencionalmente são caracterizadas por situações de risco biopsicossocial ou ainda pela presença de grande quantidade de fatores estressores, como por exemplo pessoas com transtornos psiquiátricos como: fobias, pânico, ansiedade, depressão ou atendimento/histórico de tentativas de suicídio. Ressalta-se ainda a proximidade dos índices encontrados para os familiares estar

muito próximo ao encontrado por Cunha (2011) para os próprios “dependentes de outras substâncias”.

5- CONCLUSÕES

Espera-se que este estudo possa proporcionar maior compreensão política da importância de inclusão do sistema familiar nas práticas preventivas e de tratamento ao usuário de álcool e outras drogas para o indivíduo e seus familiares. Explorar as políticas públicas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas e seus familiares com programas de prevenção.

Diante desse contexto percebe-se a necessidade de políticas públicas e sociais que possa abranger não só o dependente químico, mas como também sua família. Notou-se a necessidade de projetos que englobem o tratamento para famílias de dependentes de álcool e outras drogas, possibilidade de realizar programas que possam prevenir bem como tratar os familiares que tem a dependência química como interferência em sua vida no contexto geral.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil cresce o consumo de drogas de forma significativa e importante. Causando assim demanda na área da política pública voltada para a saúde.

Observa-se o aumento incontrolável de dependentes químicos, conseqüentemente com este aumento as famílias apresentam cada vez mais conflitos em seu meio de vida, por motivo deste grande consumo. Nota-se uma grande necessidade de respostas não somente para a prevenção, como para tratamento destas famílias.

Pode-se destacar a falta de comprometimento do Poder Público na criação de políticas públicas voltadas aos familiares de dependente químico em relação ao seu tratamento e conseqüentemente sua reinserção social bem como a familiar quanto a profissional, pois muitas das vezes já perdeu o vínculo de convívio com demais membros de seu dia a dia, pois vive somente a vida do específico dependente da substância seja álcool ou outras drogas. Pode-se destacar a importância da sociedade por busca de resposta do Estado voltada para essa problemática que se

insere diretamente ou indiretamente dentro do contexto social quando se tem o convívio com o dependente de substância psicoativa.

Entende-se que os direitos muitas vezes já adquiridos, porém pouco reconhecido, deve ser provocados para acontecer veridicamente o trabalho em rede, seja ligado intersectoralidade ou a integralidade, pois são fundamentais para a integração entre os diversos setores para que assim possa melhorar de forma significativa a atenção aos usuários e seus familiares, pois a saúde é direitos de todos.

7- BIBLIOGRAFIA CITADA

AL-ANON'S FAMILY GROUP. Al-Anon's Twelve Steps e Twelve Traditions, Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. 1981.

ALPERT, Jonathan E.; MADDOCKS, Anne; ROSENBAUM, Jerrold F.; FAVA, Maurizio

(1994). Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 31, 165-171.

BECK, Aaron. T.; STEER, Robert A. (1993). *Beck Hopeless Scale: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes. *Serviço Social Diretos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília-DF, 2009.

BRASIL. "Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas" e outras providências. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / [Ana Lucia Pereira et al.]*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sus.pdf Acesso em: 26/11/2013

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Brasília, 28 dez. 1990

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001 CANNON, Walter Bradford The wisdom of the body: Homeostasis. American Physiological Society. New York, Norton, 1914.

CARVALHO, Leilanir de Sousa; NEGREIROS, Fauston. A CO-DEPENDÊNCIA NA PERSPECTIVA DE QUEM SOFRE. Boletim de Psicologia. Vol. LXI, Nº 135. p. 139-148. 2011.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de . A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. Família Brasileira: a base de tudo. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CERMAK, Timmen L. Diagnostic Criteria for Codependency. Journal of Psychoactive Drugs; v.18, p.15-20, 1986.

CHIOQUETA, Andrea P., STILER, Tore C. Cognitives factors, engagement in sport and suicide risk. Archives of Suicide Research, n.11, v.4, p.375-390, 2007.

CUNHA, Jurema Alcides (2011). Manual de português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DELLA VOLPE, Galvanno. Rousseau e Marx: a liberdade igualitária. Lisboa: Edições 70, 1982.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes 1994.

ESTERLY, Richard W.; NEELY, William T. Chemical Dependence and Compulsive Behaviors. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, 1997

FOCCHI, Guilherme R. de Azevedo; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo;

ANDRADE, Arthur G. Dependência Química: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001

GIL, Antonio Carlos Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo. Atlas.

GOMES, José Carlos Vitor. Manual de Psicoterapia Familiar. Petrópolis: Vozes, 1987.

GORDON, Judith R.; BARRETT, Kimberly The Codependency Movement: Issues of Context and Differentiation. Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment, and Policy Issues, Newbury Park; p.307-339, 1993

HEMFELT, Robert; MINIRTH, Frank; MEYER, Paul Love is a Choice: Recovery for Codependent Relationships. Thomas Nelson Publishers, 1989.

LEMOS, Tadeu. Módulo III – Aspectos psicossociais da dependência química. In: São José. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Saúde Mental/Organizado por Maria Taís de Melo. São Paulo: Lanorciência, 2011. 60p.; Tamanho A4.

LINDLEY, N. R.; GIORDANO, P.; HAMMER, E.D. Codependency: Predictors and Psychometric Issues. Journal of Clinical Psychology, vol.55(1), 59-64, 1999 LIPP, Marilda Novaes. *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, Marilda Novaes (Org). O Stress do Professor. Campinas (SP): Papyrus. 2002.

LIPP, Marilda Novaes; GUEVARA, Arnaldo Jose de Hoyos. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). Estudos de psicologia, 11(3). pp. 43-49. 1994.

LIPP, Marilda Novaes; MALAGRIS, LUCIA EMMANOEL NOVAES. Manejo do Estresse In Range, B. (Org). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. São Paulo (SP): Psy. 1998.

LORENCINI – SITE ://monografias.brasilecola.com/psicologia/quais-os-aspectos-que-permeiam-uso-abuso-drogas-entre-os-adolescentes.htm#capitulo_8

MAÇANEIRO, Celso. Orientação ao professor ,ed. Via; 2000.

MARTINS, Maria das Graças Teles. **Sintomas de Stress em Professores Brasileiros**. Revista Lusófona de Educação, 10, 109-128. 2007. <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n10/n10a09.pdf>> Acesso em: 25/11/2013.

BEATTIE, melody. Co-dependência nunca mais. 360p. Record. 2008.

MEYER, D.F. Codependency as a Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. Journal of Clinical Psychology; v.53, p.107-116, 1997

MORENO Jr., H.; MELO, S.E.S.F.C.; ROCHA, J.C. Stress e doenças cardiovasculares. In: M.E.N. Lipp (Org). Mecanismos Neuropsicofisiológicos dos Stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 99-105.

NEIMEYER, Robert A., Feixas, Guillen. Cognitive assessment in depression: A comparison of existing measures. European Journal of Psychological Assessment, 8(1), 45-46. 1992.

OLIVEIRA, Katya Luciane de Compreensão da leitura, atitudes de leitura e desesperança em universitários. Psicol. cienc. prof. v.28 n.4 Brasília dez. 2008. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932008000400013> Acesso em: 25/11/2013.

OLIVEIRA, Katya Luciane de; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos; CRUVINEL, Mirian; NÉRI, Anita Liberalesso. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006. <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>> Acesso em: 25/11/2013.

OLIVEIRA, Pedro Ribeiro. Sem drogas é bem melhor. *Mundo Jovem*. Porto Alegre, RS, n 313, Fev 2001.

PINHO Jr, Antonio J. (2003) Stresse Imunidade. In Lipp, M. E. N. (org.) *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*(pp. 53 -56). São Paulo: Casa do Psicólogo.

PITOMBO, Rodrigo. AVENTURAS NA HISTÓRIA. EDIÇÃO 68, São Paulo, Março 2009., pp.42-45. *Meu bem, meu mal*. 2009.

POTTER-EFRON, R.T.; POTTER-EFRON, P.S. Assessment Of Co-Dependency with Individuals From Alcoholic and Chemically Dependent Families. *Alcoholism Treatment Quarterly*; v.6, p.37-57, 1989

SANDY, Carmen; VENERO, Cesar; CORDERO, Maria Isabel Estrés, memória y transtornos asociados. Barcelona: Editorial Ariel. (2001).

SANTANA, Rosane Escola Barros. *Drogas Diagnostica da Intersetorialidade Frente à Prevenção, Tratamento e Reinserção Social no município de Matinhos/PR*. Matinhos: 2011.

SEIBEL Sergio D. *Dependência de Substâncias Psicoativas*. São Paulo: Ed Atheneu. 2001.

SELYE, Hans History and present status of the stress concept. In: L. GOLDBERG; M. BREZNIT (Eds.) *Handboock of stress: Theoretical and clinical aspects*. London: Free Press, 1984.

SIELSKI, Fernando. Filhos que usam substâncias psicoativas: guia para os pais. Curitiba: Adrenalina. 1999.

SOBRAL, Carlos Alberto; PEREIRA, Paulo Celso. A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. Bebedouro-SP. Revista Fafibe On-Line. Ano V, n. 5, nov. 2012.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

TOFFOLI, A.; WANJSTOCK, A.; MANTEL, M.M.B.; BISCAIA, M.F.C.; BISCAIA, M.J.S. Co-dependência: Reflexão Crítica dos Critérios Diagnósticos e uma Analogia com o Mito de Narciso e Eco. Informação Psiquiátrica; v.16, p.92-7, 1997

TOSCANO Jr., Alfredo (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. Em S. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.). Dependência de drogas (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu
ORTH, Anaídes Pimentel Silva. A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico. 2005. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br>>.

WHITFIELD, Charles L. Co-dependence, Addictions and Related Disorders. In LOWINSON, J. H.; RUIZ, P.; MILMAN, R.B.; LANGROD, J. (Eds) Substance Abuse. A Comprehensive Textbook, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997.

WRIGHT, P.H.; WRIGHT, K.D. Codependency: Addictive Love, Adjustive Relating, Or Both? Special Issue: Addictions and the Family. Family Therapy; v.13, .435-454, 1991

WRIGHT, P.H.; WRIGHT, K.D. Measuring Codependents' Close Relationships: A Preliminary Study. Journal of Substance Abuse; v.2, p.335-344, 1990.

8- ANEXOS

Anexo 1-Questionário de Co-dependência

Questionário co-dependência. Número (_____)
Inicias.....Data.....
Grau de Escolaridade.....Sexo.....
Por favor, responda as questões abaixo de acordo com sua maneira habitual de pensar e sentir.

1-Você fica preocupado (a) com os problemas dos outros, especialmente aqueles do usuário de drogas?

SIM NÃO

2-Você tenta manter as coisas sob controle ou manipula situações de sua vida?

SIM NÃO

3-Você faz mais do que seria sua parte ao realizar tarefas?

SIM NÃO

4-Você teme abordar os outros diretamente, especialmente o usuário?

SIM NÃO

5-Você freqüentemente se sente ansioso (a) ou teme o que vai acontecer depois?

SIM NÃO

6-Você evita arriscar-se com as pessoas por achar difícil confiarem-nos outros?

SIM NÃO

7-Você freqüentemente se envergonha não somente pelo seu próprio comportamento, mas também pelo

comportamento dos outros, especialmente do usuário ?

SIM NÃO

8-Você se sente culpado(a),pelos problemas das outras pessoas da família?

SIM NÃO

9-Você se esquia do contato social quando está chateado(a)?

SIM NÃO

10-Você às vezes se odeia?

SIM NÃO

11- Em alguns momentos você esconde seus sentimentos negativos, agindo com demasiada confiança?

SIM NÃO

12-Você freqüentemente perde a esperança em mudar a situação corrente?

SIM NÃO

13-Você tende a ser pessimista sobre o mundo em geral?

SIM NÃO

14-Você tem sensação da baixa auto-estima que não refletem suas habilidades e conquistas?

SIM NÃO

15-Você se sente persistentemente bravo com o usuário, com a família ou com você mesmo?

SIM NÃO

16-Você tem medo de perder o controle se ficar realmente irado (a)?

SIM NÃO

17-Você tem raiva de Deus?

SIM NÃO

18-Você já tentou se vingar dos outros de forma disfarçada, talvez mesmo sem se dar conta de estar fazendo isso no momento?

SIM NÃO

19-Você sente que está negando os problemas básicos da sua família?

SIM NÃO

20-Você fala para você mesmo que estes problemas não são tão graves?

SIM NÃO

21-Você fica preocupado(a), justifica-se pelo comportamento irresponsável das outras pessoas da família?

SIM NÃO

22-Você tende a pensar em termos de só pode ser "isto ou aquilo" quando existem problemas ao invés de olhar várias alternativas?

SIM NÃO

23-Você fica perturbado (a) se alguém interfere na sua rotina?

SIM NÃO

24-Você é radical nas suas crenças morais?

SIM NÃO

25-Você é travado com relação a certos sentimentos como culpa amor ou ódio?

SIM NÃO

26-Você tem dificuldades para dizer o que precisa?

SIM NÃO

27-Você tende a sofrer junto com outra pessoa que esteja sofrendo?

SIM NÃO

28-Você precisa ter outra pessoa por perto para se sentir valorizado?

SIM NÃO

29-Você se preocupa em excesso com o que os outros acham de você?

SIM NÃO

30-Você se pergunta o que significa ser “normal”?

SIM NÃO

31-Você às vezes acha que deve estar ficando “louco”?

SIM NÃO

32-Você às vezes acha difícil identificar seus sentimentos?

SIM NÃO

33-Você tem uma tendência a ser enganado(a) pelos outros -a ser ingênuo (a),crédulo(a)?

SIM NÃO

34-Você tem dificuldade em tomar decisões -é indeciso(a)?

SIM NÃO

Anexo- 2 Registros de sintomas de stress.

Registro de sintomas de stress. Número (_____)

(Quadro 01)

Você vai me dizer os sintomas que tem sentido de ontem de manhã/tarde/noite até agora (últimas 24 horas).

- ()01 Mãos ou pés frios.
- ()02 Boca seca.
- ()03 Nó no estomago.
- ()04 Aumento da quantidade de suor.
- ()05 Tensão muscular.
- ()06 Aperto dos dentes/ranger de dentes.
- ()07 Diarréia passageira.
- ()08 Dificuldade pra pegar no sono/acordar durante a noite.
- ()09 Coração disparado.
- ()10 Falta de ar/respiração acelerada.
- ()11 Pressão alta de repente e que passou logo.
- ()12 Mudança de apetite.
- ()13 Aumento de motivação de repente.
- ()14 Entusiasmo de repente.
- ()15 Vontade inesperada de iniciar novos projetos/serviços.

Quadro 02

Você vai me dizer os sintomas que sentiu na última semana.

- ()01 problemas com a memória.
- ()02 Mal-estar generalizado,sem motivo.
- ()03 Formigamento de mãos/pés.
- ()04 Sensação de desgaste físico constante.
- ()05 Mudança de apetite.
- ()06 Aparecimento de problemas de pele.
- ()07 Pressão alta.
- ()08 Cansaço Constante.
- ()09 Aparecimento de úlcera.
- ()10 Tontura ou sensação de estar flutuando.
- ()11 Muito sensível em nível de emoção. Se sente muito nervoso.
- ()12 Dúvida quanto a si próprio.
- ()13 Pensar direto em um só assunto.
- ()14 Irritabilidade excessiva.
- ()15 Diminuição do desejo de sexo.

Quadro 03

Você vai me dizer os sintomas que sentiu no último mês.

- ()01 Diarréia.

- ()02 Dificuldade com sexo.
- ()03 Dificuldade para pegar no sono/acordar durante a noite.
- ()04 Náuseas/ânsia de vômito.
- ()05 Tiques/manias,por exemplo:ficar mexendo no cabelo.
- ()06 Pressão alta frequente.
- ()07 Problemas de pele por tempo longo.
- ()08 Mudança extrema de apetite.
- ()09 Excesso de gases(estomago/intestino(barriga).
- ()10 Tontura freqüente.
- ()11 Úlcera.
- () 12 Enfarte.
- ()13 Impossibilidade de trabalhar.
- ()14 Pesadelo.
- ()15 Sensação de não ser competente em todas as áreas.
- ()16 Vontade de fugir de tudo.
- ()17 Apatia,desinteresse,depressão ou raiva prolongada.
- ()18 Cansaço excessivo.
- ()19 Pensar e falar direto em um só assunto.
- ()20 Irritabilidade aparente.
- ()21 Angustia/ansiedade diária.
- ()22 Supersensível em nível de emoção.
- ()23 Perda de senso de humor.

Anexo -3 ESCALA DE DESESPERANÇA

ESCALA DE DESESPERANÇA Número()

Este questionaria consiste em 20 afirmações. Leia as informações cuidadosamente, uma por uma se a afirmação descreve a sua atitude na última semana, incluindo hoje, marque o circulo C que indica (CERTO), se a afirmação não descreve sua atitude marque o circulo que indica E (ERRADO), na mesma linha da afirmação. POR FAVOR, PROCURE LER CUIDADOSAMENTE AS AFIRMAÇÕES.

1-Pensa no futuro com esperança e entusiasmo.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
2-Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhor para mim.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
3- Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim pra sempre.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
4-Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.	

	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
5- Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
6-No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
7-Meu futuro me parece negro.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
8-Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
9-Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
10-Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
11-Tudo o que posso ver na minha frente é mais desprazer do que prazer.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
12- Não espero conseguir o que realmente quero.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
13-Quando penso no futuro espero ser mais Feliz do que sou agora.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
14-As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
15-Tenho uma grande fé no futuro.	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> E
16- Nunca consigo o que quero. Assim é tolice querer qualquer coisa.	

	© E
17-É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro	© E
18-O futuro me parece vago e incerto.	© E
19-Posso esperar mais tempos bons do que maus.	© E
20-Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir	© E

Anexo -4 Cadastro simplificado

Número (_____)

Cadastro simplificado (paciente)

Dados Cadastrais

Nome:.....Idade.....

Data de nascimento:...../...../..... Estado Civil.....

Endereço:.....Número.....

Cidade..... Estado..... Bairro:.....

Profissão..... Idade que iniciou o uso ?.....

Primeiro internamento? () Sim () Não Caso Não: Quantos?

Tempo de abstinência de um tratamento até a recaída

Internamento: () Voluntário () Ordem Judicial

Responsável pelo internamento:

Nome:.....Idade.....

Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de parentesco:.....Profissão:.....

Como conheceu o tratamento oferecido pelo SanJulian?

() Amigos () Unidade de Saúde () CAPS () Outros

Primeiro internamento que você é responsável? () Sim () Não

Em outros internamentos você foi o responsável?: () Sim () Não

Caso Não, quem foi o outro responsável?..... Número de vezes.....

Aconteceu agressão física em casa por parte do usuário aos membros da família?

Sim Não

Existiram furtos e ou roubos que você saiba, por parte do usuário?

Sim Não

Você teve algum gasto contratual jurídico, honorários para chegar ao internamento de seu

familiar usuário?

Sim Não

Tipo de tratamento anterior

Qual o tipo de estrutura física seu familiar foi internado

Casa de recuperação Hospital / Clínica Outros

Particular Público

Período de tratamento: de/...../..... à/...../.....

Você sabe se o paciente realizou a manutenção no pós alta? Sim Não.

Caso Sim, onde? CAPS Grupos de multuajuda Outros

Anamnese

Que tipo de substancia seu familiar faz uso?

Qual a frequência que você sabe sobre o uso?

Diariamente Semanalmente Outros

Você conhece os fatores que desencadeou o uso das drogas?

Amigos Parentes Outros

Quando você ficou sabendo da dependência de seu familiar, qual foi sua reação?.

(.....)Sensação de tristeza Sensação de desanimado Sensação de revolta

(....) Percepção para ajudá-lo (.....)outros.

Anexo - 5 TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Programa de pós-graduação Latu sensu
A Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar
SETOR LITORAL

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu _____ Concordo em participar da pesquisa referente ao TCC do Curso de Especialização A Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar “Questão Social: codependência da família frente ao dependente químico”. Esta pesquisa está sendo realizada junto aos familiares dos pacientes encaminhados para tratamento no Hospital e Associação SanJulian. Foime explicado que esta pesquisa pretende caracterizar a codependência, junto às famílias dos dependentes químicos. Sei que este estudo poderá auxiliar na compreensão e levantamento de dados, com relação às necessidades, práticas e atividades junto às estes profissionais.

Para isso, concordo que é importante conversar com a entrevistadora, respondendo a esta pesquisa.

Autorizo ainda, que os dados coletados nesta pesquisa sejam anotados em formulários próprios.

Sei também, que este estudo possui finalidade de ensino, pesquisa e extensão, sendo que os dados obtidos poderão ser utilizados em publicações científicas sem que as pessoas participantes sejam identificadas.

Declaro ainda: Que estou aceitando voluntariamente a participação neste estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso; Que, se desejar, posso deixar de participar do estudo a qualquer momento; Que foi assegurado de que as identificações serão mantidas em sigilo. Caso exista alguma dúvida sobre a pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora no endereço eletrônico: socialjane@yahoo.com.br.

Curitiba, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Jane Gonçalves – Entrevistadora
Aluna do Curso de Especialização
UFPR Setor Litoral
(41) 9641 1373

Prof.Dr. Afonso Takao Murata
Orientador Profº. Responsável Pesquisa
(41) 99652 9909

Profa. Dra. Marília P. Ferreira Murata
Co-Orientador
(41) 9646 7250