

A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência

The family of a drug addict in a Public Mental Health Center (CAPS): an experience report

La familia del consumidor de drogas en el CAPS: un informe de experiencia

Lori Maria Braun¹; Letícia Lovato Dellazzana-Zanon²; Silvia C. Halpern³

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

RESUMO

O objetivo deste artigo é apresentar um relato de experiência sobre o atendimento realizado em um CAPS por uma assistente social especialista em terapia familiar à família de um dependente químico. Participaram do estudo o paciente identificado, sua esposa e os pais dele. Realizaram-se 12 atendimentos, durante três meses. Utilizaram-se para a coleta de dados os relatos de entrevistas, visita hospitalar, visita domiciliar e atendimentos familiares. Observou-se que a família tinha pouco conhecimento prévio sobre a dependência química. Os principais sentimentos relatados foram desvalia, vergonha e culpa. A garantia de um espaço reservado para conversar sobre a dependência química gerou mudanças consideráveis, como apoio mútuo e coesão, o que motivou a família a seguir enfrentando as adversidades da doença com esperança. Espera-se que os resultados práticos deste estudo ampliem a discussão sobre a importância de envolver o grupo familiar nas intervenções em dependência química.

Palavras-chave: dependência química; família; serviços de saúde mental

A família é fundamental para o tratamento da dependência química, na medida em que é o elo que une os membros da mesma às diferentes esferas da sociedade e que está relacionada ao desenvolvimento saudável ou não de seus membros (Schenker & Minayo, 2004). Entretanto, apesar da crescente preocupação da sociedade com o aumento de problemas relacionados ao uso e ao abuso de substâncias, há poucas pesquisas sobre qual a abordagem familiar de melhor eficácia para dependência química (Figlie, Pillon, Dunn, & Laranjeira, 1999; Seadi & Oliveira, 2009). Desta forma, o presente estudo chama atenção para este aspecto ao apresentar um relato de experiência sobre o atendimento à família de um usuário de drogas realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um importante dispositivo da rede de atenção a usuários de drogas e suas famílias. Conhecer como o usuário de drogas e sua família podem ser atendidos dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) é importante para o planejamento de: (a) abordagens mais ampliadas, sensíveis e eficientes e (b) políticas de saúde pública que visem ao amparo não apenas do usuário de drogas, mas também de seu sistema familiar.

Em 2005, Carlini et al. realizaram o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. De acordo com esse documento, estima-se que existem aproximadamente 5,7% de brasileiros dependentes de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, o que representa mais de 8 milhões de pessoas. Assim, em 2005, estimava-se que pelo menos 28 milhões de pessoas convivessem no Brasil com um familiar dependente químico. Em 2012, Laranjeira coordenou o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, Laranjeira et al., 2014), o qual teve como objetivo investigar uma amostra representativa da população brasileira e seu padrão de uso e dependência de cocaína utilizada pela via intranasal (aspirada ou "cheirada") e pela via pulmonar ("fumada"). Dados desse levantamento mostraram que 27% dos entrevistados usaram a droga todos os dias ou mais de duas vezes por semana no último ano e que 14% dos usuários de cocaína já injetaram a droga alguma vez na vida. Duas informações chamaram atenção: (a) o uso em áreas urbanas é quase três vezes maior do que em áreas rurais e (b) o Brasil representa atualmente 20% do consumo mundial de cocaína/crack.

Não por acaso, a dependência química tem sido considerada uma problemática da sociedade contemporânea (Minuchin, Nichols, & Lee, 2009) e um problema de saúde pública (Pratta & Santos, 2009; Silva, 2001). De acordo com Souza, Kantorski, Prado, Luis e Oliveira (2012), as atuais abordagens para dependência química estão calcadas pelos principais movimentos históricos da implementação da saúde pública no Brasil, destacando-se a confluência dos movimentos da reforma sanitária, que culminou nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e da reforma psiquiátrica. Os principais dispositivos da rede de saúde para tratamento de usuários de drogas e suas famílias seguem os princípios do Sistema Único de Saúde e são orientados pelas atuais políticas de saúde mental (Souza et al., 2012).

O tratamento para a dependência química depende de um conjunto de técnicas e ações desenvolvidas com o objetivo de buscar a redução ou a abstinência do consumo de drogas, tais como a melhora da qualidade de vida do usuário e de seus familiares e seu funcionamento social (Ribeiro & Laranjeira, 2012). As consequências de viver esta experiência para os familiares mais próximos podem se manifestar por meio de sintomas físicos e psicológicos. Por esta razão, a família do usuário de drogas é uma população vulnerável que necessita de atenção e cuidados específicos. Entretanto, embora os familiares possam adoecer em função dos conflitos decorrentes de conviver com um usuário de substâncias, a abordagem da dependência química ainda tem como foco principal o tratamento específico do usuário de substância (Bortolon, Machado, Ferigolo, & Barroso, 2013).

ABORDAGEM FAMILIAR NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

Pensar a respeito de famílias é refletir e estabelecer relações sobre diversos conceitos e teorias. A família constitui-se em um grupo de pessoas que desempenha vários papéis e integra aspectos de ordem emocional, cognitivo, social e cultural, ou seja, um sistema social formado por outros subsistemas - conjugal, parental, e fraterno, entre outros (Andolfi, 1981; Kalina, Kovadloff, Roig, Serran, & Cesaram, 1999; Minuchin, 1990). Os membros da família compartilham afetos, valores e normas. Os valores aprendidos dentro do grupo familiar têm um papel fundamental, uma vez que são o norte da vida de cada um dos membros da família. Desta forma, é na família que se aprende não apenas valores, mas também comportamentos, os quais serão fundamentais para a formação da identidade do indivíduo (Kalina et al., 1999; Schenker, 2008).

Neste estudo, em consonância com Minuchin e Fishman (1990), compreende-se família como "um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interação" (p. 21). Tais padrões formam a estrutura familiar por meio de movimentos contínuos e de trocas entre os indivíduos. Portanto, a família é um sistema que realiza constantes trocas com o meio em que vive e transforma e é transformada por seu ambiente (Andolfi & Angelo, 1988; Kaloustian, 2005; Minuchin, 1990). Quando ocorrerem modificações no sistema familiar, a vida de cada membro sofre alterações e modificações que gerarão influências significativas nos padrões comportamentais de todos os membros da família.

O sistema familiar opera por meio de padrões transacionais, caracterizados como formas de interação e funcionamento do ser humano com o meio em que vive. A repetição desses padrões reforça o sistema. Assim, muitos modelos são aprendidos na fase inicial do desenvolvimento humano e podem se reproduzir na sua fase adulta (Minuchin, 1990). Segundo Cruz e Ramos (2002), as famílias transmitem de forma natural seus padrões de funcionamento, os quais são coerentes ao que foi vivenciado em sua matriz familiar. Quando se proporciona uma trajetória de vida saudável aos filhos, se fixam padrões facilmente adaptáveis às mudanças inerentes ao seu crescimento individual e grupal.

Neste contexto, a terapia familiar sistêmica é uma ferramenta fundamental, na medida em que acentua a necessidade de trocar o foco do paciente individual para as relações do sistema familiar (Minuchin & Nichols, 1995). Segundo Muller (2004), "a terapia familiar é um sistema de atuação terapêutica que revela e reorganiza fatos e informações, criando novos significados e novas formas de intervenção" (p. 60). A visão sistêmica permite entender, ainda, dados relacionados à história de vida da família e reconhece o poder do presente.

No que se refere ao tratamento da dependência química, considera-se que a terapia familiar gera benefícios significativos tanto no que se refere ao padrão de consumo do paciente quanto na melhora das relações familiares e sociais (Payá, 2011). Ainda não há um consenso sobre qual o melhor modelo de terapia familiar. Evidências indicam que intervenções com base na teoria sistêmica apresentam resultados positivos na medida em que enfocam as relações e os padrões de comportamento e não exclusivamente a abstinência do dependente (Payá, 2011).

O abuso de substâncias psicoativas implica consequências em todas as áreas da vida do indivíduo e de sua família. A família, em especial, é um sistema que tem implicações na origem, no curso e nas consequências da dependência química. Por essa razão, "a drogadição pode ser considerada um problema familiar" (Halpern, 2001, p. 123). Segundo Paz e Colossi (2013), a família pode ser tanto um fator de risco como um fator de proteção no que se refere à dependência química. Quando a família tem distanciamento afetivo, dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas, o uso de substâncias é favorecido. Do contrário,

quando a família é acolhedora, possui comunicação adequada e promove afeto e proteção, pode-se considerá-la como um fator de proteção ao uso de drogas (Paz & Colossi, 2013).

Sabe-se que a estrutura, a composição e o funcionamento familiar são elementos fundamentais na prevenção ou precipitação do consumo de substâncias psicoativas nos seus membros (Edwards, Marshall, & Cook, 1999). Os resultados de um estudo de revisão de literatura sobre o tratamento para uso indevido ou abusivo de drogas (Schenker & Minayo, 2004) indicaram que: (a) a família é fundamental para a formação e para o desenvolvimento do uso abusivo de drogas e (b) não há como transformar adição em produção de saúde se o sistema familiar não for tratado. Os resultados de um estudo com famílias de adolescentes usuários de drogas (Mason & Spoth, 2012) indicaram que diferentes padrões de abuso de drogas e os problemas relacionados a este uso entre jovens são preditores de vários fatores de risco. Intervenções preventivas com foco na família podem reduzir a influência de alguns desses fatores de risco, como o uso precoce de drogas entre adolescentes e comportamentos desviantes, como agressão e hostilidade.

Outro estudo (Seadi & Oliveira, 2009), cujo objetivo foi investigar fatores associados à adesão ao tratamento multifamiliar no tratamento de dependentes químicos hospitalizados, mostrou que: (a) há associação entre a participação da família e adesão ao tratamento e (b) a participação de dois ou mais familiares repercute na adesão.

Alguns estudos indicam especificidades no funcionamento de famílias nas quais há dependência química (Coelho 2006; Faleiros, 2005; Minuchin & Nichols, 1995; Paz & Colossi, 2013). Minuchin e Nichols (1995) assinalam, por exemplo, que em famílias de jovens dependentes de drogas os vínculos entre pais e filhos são fracos e falta supervisão parental. O funcionamento dessas famílias é caótico e desorganizado e o dependente químico tende a ser tornar: (a) o centro dos problemas existentes na família e (b) o porta voz e depositário das dificuldades de todo o grupo familiar (Minuchin & Nichols, 1995).

Outro aspecto a ser assinalado é que, não raro, o usuário de drogas é rejeitado por sua família (Faleiros, 2005). Essa rejeição pode resultar em fragilização afetiva e perda de poder e de patrimônio, o que pode acarretar prejuízos de ordem moral, familiar, social, financeiro, e físico para todos os envolvidos (Faleiros, 2005). Ainda, Coelho (2006) chama atenção para a cristalização de valores e modelos de conduta aprendidos na família. Para esse autor, relacionamentos pautados por princípios éticos, morais e afetivos podem ser o ponto de partida para a minimização de conflitos familiares e para a superação de problemas relacionados ao abuso de drogas.

Assim, na medida em que as famílias também sofrem e adoecem quando um de seus membros é um dependente químico, tratá-las é uma necessidade (Payá, 2011). Portanto, a abordagem familiar deve ser considerada como parte integrante do tratamento. Algumas abordagens recentes que incluem a família têm-se destacado no tratamento da dependência química: (a) a abordagem cognitivo-comportamental para famílias (Figlie, Payá, Krulikowski, & Laranjeira, 2002) e (b) a abordagem familiar sistêmica (Minuchin et al., 2009).

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os dispositivos da rede de saúde mental dos municípios que oferecem à população serviços voltados ao cuidado intensivo, personalizado e de promoção à saúde. Trata-se de um serviço público extra-hospitalar de assistência a pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial, transtornos severos e persistentes. Incluem-se nessa demanda o atendimento a usuários com problemas de uso/abuso de substâncias psicoativas.

Alguns estudos recentes têm apresentado as diferentes facetas do trabalho nos CAPS (Cardoso & Seminotti, 2006; Figueiró & Dimenstein, 2010; Larentis & Maggi, 2012; Pegoraro & Caldana, 2008; Queiroz, Ferreira, & Silva, 2013; Sanduette, 2007). Larentis e Maggi (2012), por exemplo, assinalam que a implantação dos CAPS foi muito importante, pois além de ser um avanço nos tratamentos de pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamentou os serviços destinados aos usuários de álcool e outras drogas, o que rompe com associação entre dependentes químicos e criminalidade.

A participação dos familiares no cotidiano dos serviços é um dos objetivos dos CAPS. Para o Ministério da Saúde (2004), o grupo familiar é o elo mais próximo que os usuários possuem com o mundo. Portanto, a família é indispensável para o trabalho realizado nos CAPS. As ações dirigidas às famílias têm como base o estímulo e o apoio necessário à construção de projetos voltados à reinserção familiar e social. Entende-se que, através da aproximação entre o usuário e sua família, o tratamento se torna mais humanizado e viável. Cabe às equipes dos CAPS acolher e tratar as demandas conforme plano terapêutico estabelecido e, especificamente no âmbito da dependência química, possibilitar maior motivação dos usuários e suas famílias ao tratamento, o que é fundamental para a recuperação e para a prevenção de recaídas. De acordo com Giongo (2003), quando se trabalha com famílias, deve-se dar um caráter coletivo ao atendimento, bem como reconhecer os recursos da rede social para além da resolução dos problemas específicos que levam as famílias a procurarem ajuda.

Considerando-se que: (a) a dependência química é uma problemática da sociedade contemporânea, (b) a família é fundamental para o tratamento e para prognóstico da dependência química e (c) o tratamento oferecido para os usuários de substâncias ainda está muito focado no próprio usuário, o objetivo deste artigo é apresentar um relato de experiência sobre o atendimento realizado por uma assistente social especialista em terapia familiar à família de um dependente químico realizado em um CAPS.

MÉTODO

PARTICIPANTES

A família estudada é composta por seis membros. O casal Daniel (35 anos) – o usuário de drogas – e Denise (30 anos) e os filhos destes, Eduardo (11 anos) e Elisa (9 anos). Todos os nomes dos participantes são fictícios. A família mora nos fundos da casa dos pais de Daniel, Francisco (60 anos) e Fátima (55 anos). Alguns cômodos da casa, cozinha e área de serviço, são conjugados entre as duas famílias, sendo algumas atividades familiares compartilhadas, como as refeições. Daniel estudou até a 5ª série do Ensino Fundamental e trabalha como auxiliar de serviços gerais na prefeitura municipal de uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Denise dedica seu tempo aos serviços domésticos e ao cuidado dos filhos. Os pais de Daniel são aposentados e ajudam nas tarefas da casa. Daniel foi diagnosticado como dependente de substâncias psicoativas, e utiliza diferentes medicações psicotrópicas.

INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, utilizaram-se relatos a partir das seguintes ações realizadas pela assistente social: (a) entrevistas, (c) visita hospitalar, (d) visita domiciliar e (e) atendimentos familiares. Todos os membros da família que participaram dos atendimentos responderam individualmente a uma entrevista semiestruturada, a qual teve as seguintes questões norteadoras: (a) o que a cada membro da família entende por dependência química? (b) como a dependência química afeta a vida do usuário e a vida da família? (c) que medidas já foram tomadas para enfrentar a dependência química e ter uma melhor qualidade de vida? (d) quais as expectativas a respeito do tratamento oferecido no CAPS? (e) quais as perspectivas da família para o futuro? (f) como a família se organiza para o enfrentamento da doença e do tratamento proposto?

PROCEDIMENTO

Por ser um município com menos de 30 mil habitantes, o CAPS no qual a família de Daniel e sua família foram acompanhados não é Álcool e Drogas (AD). Em cidades com número de habitantes baixo não há CAPS específico para o tratamento de álcool e drogas, portanto, pacientes com essa demanda são todos tratados no mesmo local. O CAPS conta com uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social e terapeuta ocupacional. Além do acompanhamento realizado com a assistente social, Daniel recebeu orientações da enfermagem sobre uso das medicações e realizou alguns atendimentos com a psicóloga do CAPS. Após avaliar o caso de Daniel e de constituir um vínculo com ele e sua família, a assistente social convidou-os para participar deste estudo. Uma vez demonstrado o interesse de Daniel e de sua família em participar, a assistente social explicou que relataria o atendimento da família durante um período de três meses. Todos os membros da família leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com o objetivo de dar seguimento ao tratamento e conhecer melhor a dinâmica familiar, a assistente social realizou uma visita hospitalar e uma visita domiciliar. Posteriormente, agendou atendimentos semanais no próprio CAPS, com duração de uma hora. Definiu-se o período de três meses para a realização do atendimento familiar para fins de realização deste estudo. No entanto, a assistente social informou à família que o mesmo poderia ser aumentado se houvesse necessidade. Realizaram-se 12 atendimentos familiares ao todo.

Diante de todas as informações coletadas sobre o caso, realizou-se uma análise, cujos objetivos foram: (a) organizar as informações em uma sequência temporal e (d) encontrar similaridades e diferenças entre os relatos dos membros da família. O resultado desta análise são as categorias descritas a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PROCURA POR AJUDA

Daniel procurou espontaneamente atendimento no CAPS em 2009. Neste período, fazia uso constante de drogas e apresentava muitas faltas injustificadas no trabalho. Desmotivado, ele compareceu ao CAPS e solicitou seu desligamento por achar que o tratamento não estava tendo o efeito esperado. Por insistência da família e por solicitação de seu chefe (que enviou uma carta solicitando que Daniel retomasse o tratamento), Daniel procurou o CAPS novamente, dois meses mais tarde.

Nesta ocasião, Daniel foi atendido pela assistente social, a qual realizou uma entrevista de acolhimento e encaminhou-o para avaliação médica psiquiátrica, uma vez que o mesmo fazia uso de medicações, estava recaído, e utilizando cocaína e crack diariamente. Daniel foi reavaliado pelo médico psiquiatra e encaminhado para um hospital de referência para desintoxicação. Com o objetivo de dar seguimento ao tratamento e de conhecer melhor a dinâmica da família, a assistente social realizou uma visita hospitalar ao paciente. Daniel e sua mãe ficaram agradecidos com o apoio e os estímulos recebidos e concordaram em agendar uma visita domiciliar para depois de sua alta. Durante a visita domiciliar, a assistente social constatou que seria necessário dar continuidade ao acompanhamento da família por meio de intervenções sistemáticas. A assistente social convidou, então, a família para participar dos atendimentos semanais, que se iniciaram dez dias depois.

Participaram Daniel, Denise, e os pais dele, Francisco e Fátima. Considerando-se que a família tinha receio de que os assuntos abordados nos atendimentos seriam inapropriados para os filhos de Daniel e Denise, a família solicitou que eles não participassem dos atendimentos. Relataram que os filhos sabiam que o pai saía à noite e "*voltava de madrugada, fazia barulho, incomodava*", mas mesmo assim, achava melhor preservar as crianças e "*não falar sobre isso na frente deles*". A assistente social concordou com essa solicitação.

A partir do contato inicial com a família foi definido que seria necessário trabalhar os seguintes temas pertinentes à dependência química: (a) estratégias de enfrentamento, (b) motivação, (c) comunicação familiar e (d) ampliação da rede social. Esses temas foram trabalhados com o intuito de melhorar a convivência diária da família. Além disso, houve espaço para que a família trouxesse assuntos que achasse necessário para os atendimentos. Observou-se que ao longo dos três meses de acompanhamento, os membros da família puderam compartilhar angústias, preocupações e sonhos que fizeram parte da sua história e que fazem parte de seu presente. Para tal, oportunizou-se um espaço em que todos os membros da família teriam voz e vez para falar e serem ouvidos pelos demais.

AS MARCAS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A história contada pela família retrata a dura realidade da presença da dependência química na vida de Daniel e de sua família. O contexto no qual a família está inserida é de grande vulnerabilidade social e de exposição à drogadição, o que traz reflexos significativos sobre o sistema familiar. Todavia, Daniel não começou a usar drogas recentemente. Ele entrou no "mundo das drogas" durante a adolescência, quando tinha aproximadamente 15 anos. A primeira consequência do uso de drogas se manifestou na vida escolar quando parou de progredir na escola. Mais adiante, as consequências tomaram uma dimensão muito maior.

Daniel teve muitos prejuízos em função da doença. Fora os problemas causados à sua família, as principais áreas afetadas envolviam o trabalho, a rede social e a saúde. Em relação ao trabalho, Daniel costumava faltar muito sem justificativas. Tais faltas correspondiam a descontos em sua folha de pagamento e geravam atrasos no pagamento das despesas básicas de casa, como água, luz e alimentação da família. Para não deixar os netos passarem fome e dificuldades, as contas que Daniel não conseguia pagar eram cobertas pela aposentadoria de

sua mãe. Em função das faltas injustificadas e do baixo rendimento no trabalho, Daniel foi demitido. A família apelou judicialmente para a sua reintegração no emprego, sem sucesso.

Quanto à rede social, Daniel foi paulatinamente perdendo amizades significativas, mesmo as que ainda mantinha desde a infância. Sua família também mencionou que observou o processo de isolamento por parte dos vizinhos, os quais foram se afastando por medo e por preconceito da doença. Isso refletiu também em seus filhos, que foram excluídos do convívio comunitário. No ambiente de trabalho não era diferente: Daniel relatou que seus atuais colegas não aprovam suas atitudes, censurando-o e excluindo-o de suas vidas. Referiu ainda, que em momento de hospitalização, apenas uma de suas professoras do Ensino Fundamental mostrou interesse em visitá-lo. Daniel possui uma aparência fragilizada devido ao rápido emagrecimento e utiliza diferentes medicações psicotrópicas que atuam para controlar as fissuras e a ansiedade.

A ABORDAGEM FAMILIAR

Os primeiros atendimentos familiares ficaram centrados nas ansiedades trazidas pelos membros da família. A assistente social observou as atitudes e os gestos de cada participante na medida em que os temas eram trazidos. A seguir, apresentam-se fragmentos do atendimento e impressões da assistente social sobre o primeiro atendimento familiar, considerado o mais impactante. É importante destacar que, mesmo sendo um tema difícil e sofrido para a família, os quatro membros da família compareceram a todos os atendimentos agendados.

Fátima, a mãe de Daniel, mostrou-se bastante ansiosa: gesticulava muito, seu tom de voz era autoritário e ela ostentava um olhar firme em direção ao marido e à nora. Relatou que se sentia perdida pelo fato do filho sair à noite e voltar de madrugada "chapado". Francisco, visivelmente emocionado, relatou que tinha vontade de ajudar o filho, embora achasse muito difícil. Tanto Fátima como Francisco relataram que já não suportavam mais o sofrimento causado pelas "loucuras" que Daniel cometia. Denise permaneceu calada e precisou ser estimulada para expressar seus sentimentos. Ela contou, com tristeza, que quando iniciaram o relacionamento "ele já era assim". Disse que amava o marido e que dependia dele para o sustento dos filhos. Mencionou que estava evitando sair de casa para não escutar "focas" e intrigas de vizinhos. Depois de um pequeno silêncio, murmurou: "*eu também tenho vergonha dele, às vezes penso em abandoná-lo, mas aonde eu vou?*". De forma invasiva, Fátima verbalizou: "*Este é o maior problema: Denise não faz nada pra mudar, ela cuida somente dos filhos e deixa o resto por conta*". Denise, alterada, disse que a sogra transfere todas as culpas para ela e que protege o filho dos seus atos. Daniel entrevistou, pedindo que mantivessem a calma. Ele disse que sabia de sua responsabilidade enquanto pai de família, mas que não conseguia controlar a "fissura" que o levava até a boca de fumo. Fátima resumiu o sentimento de todos: "*precisamos de ajuda e de uma resolução imediata*".

Este fragmento do primeiro atendimento familiar ilustra que a dependência química de Daniel trouxe prejuízos para toda sua família, a qual tem sofrido uma série de frustrações e desgastes emocionais ao longo dos anos, e que falta diálogo e apoio mútuo entre os membros da família. Essa relação entre a doença de Daniel e a influência que a mesma causou em toda sua família elucida os princípios da abordagem familiar sistêmica, segundo os quais a doença de um familiar afeta os demais membros da família (Minuchin, 1990; Andolfi & Angelo, 1988).

Ao longo dos atendimentos subsequentes, percebeu-se claramente que Fátima mantinha o controle sobre os demais membros da família. Ela era a pessoa que mais falava e demonstrava ser muito exigente com todos. Queixava-se constantemente do marido, responsabilizando-o por todos os problemas da família. Em uma ocasião, chegou a referir-se a ele como "esse vagabundo".

Em vários momentos, a assistente social precisou intervir e retomar o contrato inicial estabelecido com a família para garantir um clima que propiciasse o diálogo e não a agressão. Um dos benefícios dos atendimentos familiares foi a oportunidade que os quatro membros da família tiveram de expressar suas opiniões e aprenderem por modelagem novas possibilidades de relacionamento. A interação e a garantia de um espaço para falar dos anseios motivou a família a pensar em perspectivas diante dos problemas apresentados e, com isso, a família começou a se comunicar de forma diferente.

Em um dos atendimentos, Francisco, de forma envergonhada, falou que se sentia culpado, pois quando Daniel era pequeno, ele costumava beber muito. Nessa época, Francisco foi expulso de casa por Fátima e ficou em situação de rua por dois anos. Somente após ser incentivado por uma conhecida que frequentava a igreja, Francisco passou a fazer um tratamento. Ele foi internado numa clínica especializada e, desde então, se mantém em abstinência. Francisco relatou que tem frequentado a igreja desde aquele tempo e que, por meio da fé, tem se sentido fortalecido e motivado a não beber mais. Apenas muitos anos depois, Fátima aceitou-o novamente em casa.

Em função da situação de Daniel, Francisco relatou que tem sido constantemente acusado por Fátima: *"O que adianta eu morar nesta casa se ela me joga toda essa história podre na cara?"*. Percebeu-se que, embora todos soubessem que Francisco tinha tido histórico de uso de álcool no passado, este era um assunto no qual não se tocava, como um segredo familiar. Após diversas reflexões e depoimentos, Fátima percebeu o quanto suas acusações afetavam seu marido. Diante de tantas mágoas e ressentimentos parecia não haver mais afeto entre o casal. Em função disso, a assistente social incentivou-os a resgatar momentos positivos de sua história. A partir de então, o casal começou a estabelecer um diálogo com o propósito de ajudar o filho a enfrentar a doença. O casal entendeu que se recebesse o apoio da família, Daniel seria fortalecido e teria mais condições de superar as dificuldades e ter uma vida com mais qualidade.

Pode-se pensar que o fato de Francisco ter tido um histórico de alcoolismo tenha servido como modelo para Daniel, o qual, por sua vez, repetiu a história do pai. Assim, observou-se que a convivência e as interações no sistema familiar estavam influenciadas por uma repetição de comportamentos aprendidos na matriz familiar. Considerando-se que Daniel e Denise têm dois filhos, o trabalho realizado com a família é fundamental para que essa história transgeracional seja rompida. Conforme assinala Schenker (2008), o rompimento desse ciclo é fundamental para promover a mudança desejada.

A abordagem psicoeducativa foi utilizada em diferentes momentos com o objetivo de propiciar à família o entendimento a respeito dos processos que vinham enfrentando. Da mesma forma, incentivou o diálogo entre os membros da família e uma maior compreensão em relação aos sentimentos uns dos outros. Ao longo do processo, Denise foi percebendo que falar sobre o assunto a aliviava e fortalecia. Assim, as barreiras de comunicação aos poucos foram sendo rompidas e Denise conseguiu expressar verbalmente as angústias e os medos que a rondavam durante todos esses anos

"O Daniel sai de noite e volta de manhã, eu não durmo enquanto ele não vem. Lá em casa ninguém conversa, todo mundo só discute, eu não sei o que fazer, fico desanimada, quando eu converso com ele e peço prá comprar uma coisinha pra mim. Aí ele sai e ainda me xinga, então, sinto raiva, vergonha, e, muitas vezes, me culpo".

A partir dos depoimentos de Denise, foi possível perceber que ela estava condicionada a sentir-se culpada, caso se negasse a satisfazer as demandas de seu marido e as imposições de sua sogra. Denise relatou que não trabalhava, pois o marido exigia sua presença em casa para cuidar dos filhos. Seus projetos pessoais eram considerados secundários, uma vez que ela ocupava uma posição familiar frágil e tinha dificuldade de lutar por uma vida mais digna.

Para que os demais membros da família pudessem entender o significado do sofrimento de Denise, discutiu-se sobre as condutas que se perpetuavam no contexto familiar que causavam esse sofrimento. A externalização destes sentimentos propiciou a possibilidade de que ocorressem mudanças no sistema familiar. Daniel pode explicar que deixava sua esposa em casa para protegê-la dos perigos da rua e que não imaginava que ela tivesse necessidades próprias. Reconheceu que era extremamente egoísta ao não escutar e entender sua esposa e, por isso, pediu perdão a ela. Fátima também conseguiu se solidarizar com Luíza e, num gesto solidário apertou sua mão oferecendo-lhe apoio.

Quanto a Daniel, ele verbalizou que não pretendia "*perder a família para a droga*". Entretanto, assumiu que, embora estivesse procurando manter o controle, sabia que quando encontrasse um companheiro, entraria na "*onda*". Esse depoimento de Daniel assustou, de certa forma, toda a família. Nesta ocasião, a assistente social trabalhou formas de enfrentamento e propôs técnicas de prevenção, as quais foram apoiadas pela família. Uma das orientações da assistente social foi que Daniel que não fosse aos lugares em que sabia que encontraria seus companheiros da droga. Como uma alternativa, ela sugeriu a Daniel que frequentasse lugares nos quais toda a sua família pudesse acompanhá-lo, como praças e *shoppings*. Ela estimulou que Daniel procurasse resgatar antigos vínculos saudáveis que haviam se perdido, ou seja, retomar amizades do passado não vinculadas ao contexto da droga. De acordo com Sluzki (1997), um dos desafios do enfoque sistêmico é construir histórias que gerem um "*feedback* de autoria, que sublinhem as capacidades e a eficiência potencial" (p. 65) das pessoas que buscam ajuda. Portanto, as variáveis do contexto, como rede, nível socioeconômico e cultura precisam ser abarcadas.

Ao longo dos atendimentos familiares, temas como falta de limites, frustrações, rancores e ressentimentos vieram à tona e foram sendo conversados, repensados e ressignificados. Paulatinamente, as discussões deram lugar ao diálogo. Devido à confiança mútua e ao apoio reestabelecidos, segredos familiares foram revelados. Todas essas mudanças geraram novas expectativas e objetivos comuns a todos. A família conseguiu entender e administrar melhor suas angústias em relação à doença de Daniel e, assim, conscientizar-se da importância de se engajar no tratamento. Com a inserção da família no tratamento oportunizou-se muitos aprendizados como, por exemplo, o fato de que, embora não exista cura, há tratamento para o problema, e que o engajamento da família no tratamento é fundamental para o sucesso do mesmo.

Em relação a Daniel e Denise, várias estratégias foram adotadas. Daniel aceitou a sugestão da esposa de que ficasse em uma Comunidade Terapêutica para se fortalecer e ficar longe do convívio dos amigos que o estimulam a consumir drogas. A assistente social fez o referenciamento à Comunidade Terapêutica por conhecer o local e os coordenadores do mesmo. Assim, Daniel pode continuar o tratamento medicamentoso e receber ajuda através de grupos terapêuticos de ordem espiritual e de convivência. Foi mostrada a importância da participação da família neste processo de recuperação e todos se comprometeram de visitá-lo.

Outro tema abordado foi a possibilidade de Denise trabalhar fora. A assistente social entrevistou, assinalando que todos seriam beneficiados com o ingresso de Denise no mercado de trabalho. A melhoria das condições financeiras da família, a possibilidade da filha do casal frequentar a pré-escola e desenvolver sua socialização, e a recuperação da autoestima e da autonomia de Denise seriam alguns dos benefícios. Daniel, então, concordou que a filha frequentasse a pré-escola em turno integral e que o filho mais velho ficasse com a avó no turno que não estivesse na escola. Como resultado, depois de um mês, Denise foi trabalhar num restaurante e começou a contribuir com as despesas da casa. Ela relatou que se sentia mais útil e mais autônoma e que entendia que assim estava ajudando o marido a dar continuidade ao seu tratamento.

Por fim, quando o período pré-estabelecido de três meses acabou, a assistente social fez um processo de reflexão sobre a importância da família continuar frequentando outros grupos de apoio a familiares de dependentes químicos e referenciou-os para grupos de mútua-ajuda, próximos a seu domicílio. A seguir, apresentamos uma avaliação do trabalho realizado pela assistente social à família de Daniel.

A AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR: RECOMEÇAR É POSSÍVEL

No intuito de avaliar a abordagem realizada com a família, os mesmos foram convidados a refletir sobre seu processo de mudança por meio das seguintes questões: (a) como se sentiram nos encontros realizados? (b) qual a diferença entre como se sentiam quando iniciaram os atendimentos e se sentem hoje, (c) perceberam mudança em seu relacionamento familiar? (d) percebem que sabem mais sobre dependência química hoje do que sabiam quando chegaram? (e) gostariam de dar continuidade ao tratamento?

A família de Daniel foi unânime em ressaltar os benefícios do acompanhamento, conforme relatou Francisco: *"me sinto bem mais aliviado, pois eu tinha muita culpa, e rejeição, e agora descobri que também fui vítima da doença"*. Fátima referiu que está mais tranquila e que agora tem esperanças. Ela disse que sempre teve vontade de ajudar seu filho, mas *"já não sabia o que fazer"*. Denise, por sua vez, relatou que os atendimentos foram muito proveitosos, pois sentimentos como medo, raiva e solidão *"foram trocados pela conversa e entendimento"*.

No que se refere aos conhecimentos adquiridos sobre dependência química, a família relatou que a aprendizagem ocasionada mudou sua visão sobre a doença. Daniel demonstrou como está consciente em relação à dependência química: *"Hoje eu sei que estou doente, mas que preciso fazer minha parte, eu quero me tratar, eu sei que é pra sempre, que tenho que me cuidar pra não recair"*. Denise relatou que aprendeu muitas coisas, desde conversar sobre o assunto até a se defender: *"agora entendo melhor e vou ajudar meu marido no tratamento"*. Os pais de Daniel também ressaltam que aprenderam muito.

Questionados sobre o relacionamento entre os membros da família, todos demonstraram que a melhora na convivência foi visível. Francisco referiu que todos estão *"mais fortes e animados, a vida esta bem melhor, graças a Deus"*. Fátima comentou que, graças aos atendimentos familiares realizados pela assistente social, a família está melhor: *"ajudou toda a nossa família, hoje a vida é bem melhor, a vida mudou, estamos animados, mais unidos e acredito que nos perdoamos"*. Denise, por sua vez, referiu que não só aspectos em relação à família estão melhores, como também, a satisfação em relação a si própria: *"hoje estamos bem, eu sempre quis que o Daniel se tratasse, mas eu não tinha forças... hoje ganho meu dinheiro, ajudo o Daniel, tomamos chimarrão, estamos felizes"*. Daniel ressaltou que está pensando em seus projetos de vida, um dos aspectos mais importantes para o tratamento da dependência química: *"hoje através do fortalecimento recebido, minha família é outra, hoje eu faço planos. O tratamento é importante, eu quero manter minha família, adoro meus filhos"*. Ele referiu que se sentia bem e disse que *"estava nascendo de novo"*.

É necessário assinalar que o fato de sofrer com a dependência por tantos anos comprometeu as condições físicas, psicológicas e sociais de Daniel. Entretanto, os atendimentos familiares proporcionaram uma oportunidade e uma nova chance de resgatar vínculos familiares perdidos e de refazer sua vida. Quando entendeu que a dependência é um processo que deve ser enfrentado diariamente, aceitou se internar por um período mais longo. Isso indica que Daniel se sentiu mais fortalecido e consciente da necessidade da prevenção de recaídas.

Pode-se considerar que a avaliação de Daniel e de sua família sobre o acompanhamento familiar foi positiva, indicando que houve mudanças importantes com benefícios visíveis. O apoio familiar ao usuário de drogas é fundamental para enfrentar o problema e a complexidade que o envolve (Coelho, 2006). Deve-se considerar também que os benefícios de qualquer

intervenção familiar devem ser vistos: (a) no contexto da vida do paciente e de sua família e (b) analisados como parte de um processo (Payá, 2011). Em outras palavras, as mudanças não são imediatas, mas construídas de acordo com a realidade de cada família (Payá, 2011).

Por fim, após o término dos atendimentos familiares, Daniel continuou o tratamento por mais alguns meses em uma Comunidade Terapêutica, em outra cidade. Em um contato telefônico de acompanhamento feito pela assistente social, Daniel relatou que estava: (a) se sentindo confiante, (b) colaborando com todas as atividades propostas na clínica e (c) compartilhando seus sentimentos com os demais pacientes internados. Disse que sua família o visitava nos finais de semana e que, quando voltasse para casa, pensava em retornar ao trabalho e ter uma vida digna ao lado da esposa e dos filhos. Percebeu-se que Daniel permanecia consciente da sua situação. Ele referiu que sabia o quanto seu tratamento dependia de sua força de vontade: *"as drogas estão em todo lugar, mas eu tenho que ficar longe delas, mas com o apoio da minha família, eu tô mais forte, eu quero ter outra vida"*. Algumas semanas depois, Fátima e Francisco retornaram ao CAPS para agradecer todo apoio e o estímulo recebidos. Nesta ocasião, Denise não os acompanhou, pois estava trabalhando.

A assistente social realizou algumas visitas domiciliares à família após a finalização do atendimento familiar. Durante as visitas, Daniel estava com boa aparência e permanecia trabalhando informalmente em seu bairro fazendo "bicos". Ele continua indo ao CAPS para dar continuidade ao tratamento psiquiátrico. Além disso, Daniel começou a frequentar uma igreja evangélica com a família e relatou que lá tem recebido muita força para continuar sua luta contra as drogas. Não por acaso, quando seu pai iniciou tratamento, a religião e a fé foram a forma que encontrou para ficar distante das drogas. Esse dado é relevante, pois indica que, se por um lado, Daniel seguiu o modelo negativo do pai ao entrar para o mundo das drogas, por outro, está podendo seguir agora um modelo positivo, ao sair do mundo das drogas seguindo o exemplo do pai.

É importante ressaltar o papel da assistente social no processo de mudança da família. As mudanças ocorridas na família não teriam sido possíveis se o vínculo construído entre a assistente social e a família não tivesse sido bom. Conforme assinala Payá (2011), "o bom desfecho da abordagem oferecida depende, e muito, da relação terapêutica" (p. 326). Assim, relação terapêutica aliada à fundamentação teórica e postura do terapeuta são fundamentais para compreender como a família funciona. Payá (2011) chama atenção ainda para a importância de se estabelecer uma boa relação com cada um dos membros da família: deve ficar claro que o terapeuta considera as necessidades da família com equilíbrio e que seu papel é ajudar toda a família, considerando as necessidades de cada um de seus membros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi apresentar um relato de experiência sobre o atendimento realizado por uma assistente social especialista em terapia familiar à família de um dependente químico realizado em um CAPS. Os resultados deste atendimento sugerem que a inclusão da família do usuário de drogas no tratamento é fundamental. Embora o paciente identificado já tivesse sido acompanhado em outras ocasiões, o atendimento relatado neste estudo foi a primeira oportunidade que a família teve de ter uma escuta sensível e de ser incluída no tratamento. Ao longo dos três meses em que ocorreram os atendimentos familiares, foi possível observar que: (a) a família sabia muito pouco sobre a dependência química, (b) havia muito sofrimento para todos os envolvidos e (c) a garantia de um espaço reservado para todos conversarem sobre a dependência química pode trazer mudanças consideráveis.

Pode-se dizer que o que aconteceu com a família de Daniel retrata o que muitas famílias contemporâneas vivenciam diariamente: falta de informação, preconceito, conflitos familiares, problemas na comunicação e sentimentos negativos como desvalia, vergonha e culpa. Consideramos que a oportunidade da família desconstruir esses sentimentos para dar lugar a novos projetos de vida é o principal exemplo que o caso em questão pode dar. A forma como paulatinamente a comunicação entre os membros da família mudou, sugere que adquirir conhecimento sobre a dependência química ajuda a família a entender e ressignificar seu sofrimento. A melhora direta na comunicação promoveu apoio mútuo e coesão, o que motivou a família a seguir enfrentando as adversidades resultantes da dependência química com esperança.

A intervenção realizada pela assistente social do CAPS promoveu uma melhora nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida da família atendida. Entretanto, deve-se salientar que o universo da dependência química é repleto de vidas fragilizadas e de graves problemas sociais. É possível afirmar que a inclusão da família é um dos fatores que favorecem a recuperação e que a família precisa necessariamente ser incluída no tratamento da dependência química. Assim, ressalta-se a importância de os profissionais da área buscarem cada vez mais capacitação para o atendimento das mesmas.

As demandas advindas do universo da dependência química são revestidas de complexidades e contrariedades e o fator tempo deve ser considerado na avaliação de resultados mais efetivos. É fundamental, portanto, que os profissionais que trabalham com famílias nas quais algum membro é dependente químico acreditem na possibilidade de mudança e tenham claro que recomeçar faz parte de um processo contínuo pela busca de transformação e do resgate da autonomia. É preciso ter em mente que o tratamento para a dependência química é um processo longo, lento e permeado por altos e baixos.

A principal contribuição deste estudo é apresentar o atendimento oferecido por um CAPS para o tratamento da dependência química, considerando-a como uma doença que acomete toda a família. No entanto, nosso estudo apresenta algumas limitações. Por ter sido o primeiro caso em que a família foi incluída no atendimento no CAPS em questão, houve algumas falhas na intervenção. Portanto, consideramos que o caso aprestando foi um "estudo piloto" que serviu como um ponto de partida para o planejamento e execução de ações futuras que incluam a família no CAPS. Além disso, o trabalho realizado por outros profissionais do CAPS poderia ter sido incluído no relato do caso, a fim de que uma visão global pudesse ser apresentada.

Levando-se em conta estas limitações, sugere-se que, em estudos futuros, sejam apresentados relatos de experiências: (a) com um maior número de famílias, (b) com famílias nas quais o trabalho já está estabelecido e é feito multidisciplinarmente e (c) que discutam o papel de outros profissionais da saúde que atuam no CAPS. Além disso, sugere-se que estudos longitudinais sejam realizados para que seja possível observar a influencia da intervenção familiar a longo prazo, bem como, conhecer a forma como a família, após a intervenção, manejará possíveis situações de recaída. Considerando-se que a dependência química é uma doença devastadora, que se alastra de forma rápida e violenta na sociedade contemporânea, estudos sobre essa temática devem ser estimulados.

REFERÊNCIAS

- Andolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Veja.
- Andolfi, M., & Angelo, C. (1988). *Tempo e mito em psicoterapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Bortolon, C. B., Machado, C. A., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2013). Abordagem motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: Um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, 6(2), 153-163.
- Cardoso, C., & Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no CAPS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 775-783.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., Moura, Y. G., & Sanchez, Z. V. D. M. (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID-UNIFESP.
- Coelho, S. V. (2006). Abordagens psicossociais da família. In J. G. Aun, M. J. E. Vasconcellos, & S. V. Coelho (Orgs.), *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos*. (pp. 143-233). Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa.
- Cruz, F. M., & Ramos, L. J. (2002). *Dificuldades escolares*. Porto Alegre: Artmed.
- Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. H. (2005). *O tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: Artmed.
- Faleiros, V. P. (2005). *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Figlie, N. B., Payá, R., Krulikowski, P. F. P., & Laranjeira, R. R. (2002). Intervenção breve em familiares de dependentes químicos: Resultados de um estudo de seguimento de 30 meses. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51(5), 327-333.
- Figlie, N. B., Pillon, S. C., Dunn., J. E., & Laranjeira, R. (1999). Orientação familiar para dependentes químicos: Perfil, expectativas e estratégias. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(10), 471-478.
- Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: Empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446.
- Giongo, C. D. (2003). Tecendo relações: o trabalho com famílias na perspectiva de redes sociais. In A. V. Scheunemann, & L. C. Hoch (Orgs.), *Redes de apoio na crise*. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia.
- Halpern, S. C. (2001). O abuso de substâncias psicoativas: Repercussões no sistema familiar. *Pensando Famílias*, 3, 120-125.
- Kalina, E., Kovadloff, S., Roig, P. M., Serran, J. C., & Cesaram, F. (1999). *Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Kaloustian, S. M. (2005). *Família brasileira: A base de tudo*. São Paulo: Cortez, Brasília: UNICEF.
- Laranjeira, R. et al. (2014). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012*. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.
- Larentis, C. P., & Maggi, A. (2012). Centros de atenção psicossocial álcool e drogas e a psicologia. *Aletheia*, 37, 121-132.

- Mason, W. A., & Spoth, R. L. (2012). Sequence of alcohol involvement from early onset to young adult alcohol abuse: Differential predictors and moderation by family-focused preventive intervention. *Addiction*, 107(12), 2137-2148. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03987.x.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S., & Fishman, C. S. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S., & Nichols, M. P. (1995). *A cura da família: histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W. (2009). *Famílias e casais do sintoma ao sistema*. Porto Alegre: Artmed.
- Muller, P. (2004). Quebrando paradigmas: Possibilidades da abordagem sistêmica. *Pensando Famílias*, 6, 57-67.
- Payá, R. (2011). Terapia familiar. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas*. (pp. 319-327). Porto Alegre: Artmed.
- Paz, F. M., & Colossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551-558.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface*, 12(25), 295-307.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: Interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 203-211.
- Queiroz, Y. L., Ferreira, C. B., & Silva, A. M. F. (2013). Práticas em um CAPS de Minas Gerais: O relato de uma experiência. *Revista da SPAGESP*, 14(2), 126-137.
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.
- Sanduvette, V. (2007). Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). *Psicologia USP*, 18(1), 83-100.
- Schenker, M. (2008). *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: Uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 649-659.
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: Um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21(2), 363-378.
- Silva, E. A. (2001). Abordagens familiares. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 2(1), 21-24.
- Sluski, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, J., Kantorski, L. P., Luis, M. A. V., & Oliveira, N. F. (2012). Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: Das políticas à prática cotidiana. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 729-738.