

O uso de substâncias psicoativas e a família: um estudo sobre a escuta e a inserção familiar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD)

The use of psychoactive substances and the family: a study on listening and family insertion in a Psychosocial Care Center (CAPS-AD)

Nayara Alves Vasques[†], Adriana Vasconcelos Bernardino^{‡*}

Como citar esse artigo. Vasques, NA; Bernardino, AV. O uso de substâncias psicoativas e a família: um estudo sobre a escuta e a inserção familiar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD). Revista Mosaico - 2019 Jul./Dez.; 10 (2): 19-25

Nota de Editoria

Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Resumo

A família de um usuário de substâncias psicoativas pode influenciar tanto negativamente quanto positivamente em sua recuperação, dependendo do seu lugar na vida desse sujeito. Diante desta afirmação, objetivou-se, neste estudo, realizar uma revisão de literatura afim de aprofundar o conhecimento sobre as características biopsicossociais do uso de drogas, seu impacto no usuário e em sua família, e as possibilidades de tratamento da dependência química, com o enfoque no modelo do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD). Neste estudo, obteve-se como resultado a importância da inserção e escuta familiar do paciente inserido em tratamento no CAPS-AD, visando a terapia familiar, em sua forma ampla, como potencial promotora do estreitamento de vínculos e criadora de laços afetivos familiares. Notou-se, no entanto, a necessidade de se estimular essa inserção familiar nos referidos dispositivos, uma vez que o que se constata é uma baixa participação de familiares dos pacientes inseridos nestas unidades. Ao promover um espaço acolhedor e informativo a estes sujeitos e seus familiares, assim como, ao oferecer o devido suporte psicológico, é possível que a rotina e o convívio familiar se modifiquem de forma positiva, proporcionando à família um lugar de fala sobre o seu sofrimento diante da dependência química.

Palavras-chave: Psicologia, Substâncias Psicoativas, Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial, Família.

Abstract

The family of a psychoactive substance user can influence both negatively and positively in their recovery, depending on their place in the subject's life. In view of this statement, a literature review was aimed to deepen the knowledge about the biopsychosocial characteristics of drug use, its impact on the user and his family, and the possibilities of treatment of chemical dependence, focusing on the Psychosocial Care Center's model - Alcohol and Drugs (CAPS-AD). In this study, it was obtained as a result the importance of family insertion and listening of the patient inserted in treatment in CAPS-AD, aiming at family therapy, in its broad form, as a potential promoter of bonds and creating family affective ties. However, it was noted the need to stimulate this family insertion in the referred devices, which cannot be disassociated from the still low demand of family members of patients inserted in these units. By promoting a welcoming and informative space for these subjects and their families, as well as due psychological support, it is possible that the routine and family life change in a positive way, since the family will get their place of talk about their suffering in the face of chemical dependence.

Keywords: Psychology, Psychoactive Substances, Mental health., Psychosocial Care Center. Family.

Introdução

O uso abusivo de substâncias psicoativas vem se tornando, cada dia mais, um problema de saúde pública, assumindo características verdadeiramente epidêmicas, não só em nosso país, como em todo o mundo. Caracteriza-se como um problema de grande evidência, onde a busca pelas melhores formas de intervenção e promoção de saúde e de qualidade de vida, vêm sofrendo mudanças e opiniões divergentes.

Sabe-se bem que um número alto de pessoas, independentemente da sua condição social de origem, têm entrado no mundo das drogas e, dessa forma,

perdido a sua integridade, saúde física e emocional, em um processo no qual também os laços familiares se rompem ou se tornam de difícil manutenção. O presente artigo tem como objetivo abordar e aprofundar os conhecimentos acerca das dimensões fisiológicas, patológicas, históricas e psicossociais do uso abusivo de drogas e do papel da família como integrante do possível tratamento deste. Preocupa-se em proporcionar um estudo que se constituiu a partir da leitura e resumo de artigos acadêmicos, livros pesquisados e selecionados em acervo pessoal, sites de buscas, livrarias virtuais, e referências bibliográficas indicadas em orientação, sobre a relação da família com o membro drogadicto,

Afiliação dos autores:

[†]Graduanda em Psicologia, Curso de Psicologia, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

[‡]Doutora em Psicologia Clínica, Professora do Curso de Psicologia, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

* Email de correspondência: adriana.uss@gmail.com

Recebido em: 14/05/18. Aceito em: 01/08/18.

a inserção, as dificuldades e a importância da escuta e acolhimento familiar para a sua recuperação, tendo seu enfoque contextualizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao falarmos de promoção da saúde mental e suas possibilidades de tratamento, em relação a um indivíduo portador de sofrimento psíquico, como é o caso diante de um diagnóstico de dependência de uso abusivo de álcool e demais drogas, a incorporação da família deve ser levada em consideração. Mais ainda, deve-se lhe dar certo destaque, na medida em que a mesma passa a fazer, fundamental e inegociável, parte da rede de suporte e tratamento ao dependente. Conforme pontuaram Silva, *et al.*:

Vale destacar que cada serviço <de assistência> possui suas especificidades, mas a abordagem familiar e comunitária é o modelo prioritário para todos os serviços da rede. Desse modo, a abordagem familiar deve ser considerada como parte do tratamento, não apenas nos CAPS, mas em qualquer instituição que trabalhe com dependentes químicos. A reinserção na sociedade e o bom funcionamento social dos dependentes de álcool e outras drogas dependem da disponibilidade de um suporte familiar satisfatório essencial no processo de recuperação dos usuários (SILVA, *et al.* 2012, pp. 62-63).

É indispensável, portanto, que uma equipe interdisciplinar compreenda o lugar da família na história de vida deste sujeito em recuperação. Assim sendo, um serviço ofertado como no caso do CAPS-AD precisa manter-se disponível para ouvir os familiares, integrando-os como membros pertinentes no tratamento, e também ofertando e dando suportes às suas demandas, encaminhando-os para outros serviços da rede de assistência, bem como para os demais órgãos específicos, se assim se fizer necessário.

O Diagnóstico e o Histórico Sociocultural da Dependência Química

O uso de substâncias psicoativas em nossa sociedade passou por mudanças de concepções, devido às suas características de cronicidade e suas questões multifatoriais. Sendo assim, deixaram de traduzir a concepção de um uso que acomete somente um indivíduo ou uma cultura, para o entendimento de um problema grave de saúde pública, uma vez que o conceito mesmo de droga abrange vários tipos de substâncias, até aquelas que, por senso comum, não são vistas como tal. Conforme afirma Corrêa (2014, p. 33), a própria expressão droga pode ser concedida à qualquer substância natural ou manipulada de atuação no organismo de humanos e demais animais, como analgésicos comuns. Todavia, o conceito da droga, em sentido específico, possui uma referência maior a produtos alucinógenos e/ou com efeitos entorpecentes. Desta forma, também aqui se considera que:

As drogas psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que ao serem penetradas no organismo humano, independente da forma (ingerida, injetada, inalada ou absorvida pela pele), entram na corrente sanguínea e atingem o cérebro, alterando todo o seu equilíbrio e, conseqüentemente, suas percepções do meio em que está, podendo assim levar o usuário a ter alterações comportamentais, desde alucinações até reações agressivas, ou mesmo deprimi-lo (CORRÊA 2014, p. 33).

Diante das inúmeras substâncias psicoativas conhecidas e utilizadas na história da humanidade, houve a implantação de sistemas que auxiliassem nas classificações de transtornos relacionados, visando facilitar os diagnósticos e prognósticos. Como sistemas classificatórios faremos, no presente artigo, menção específica ao Código Internacional de Doenças, o CID-10 (a numeração refere-se à sua versão mais atual), sendo este um critério utilizado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este Código foi criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e abrange todas as doenças, até então conhecidas, catalogando-as. Menciona-se também o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental*, que se encontra em sua quinta edição, o DSM-V (APA, 2014), volume de grande relevância, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria e que abrange somente os transtornos mentais.

De acordo com o CID-10, a síndrome de dependência pode ser definida como um “conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor.” Ainda sobre o conceito, o mesmo afirma que “a síndrome de dependência pode estar presente para uma substância específica, por exemplo: tabaco, diazepam; Para uma classe de substâncias, como para aqueles indivíduos que regularmente sentem compulsão pelo uso de quaisquer drogas disponíveis e que mostram angústia, agitação e/ou sinais físicos de um estado de abstinência se cessado o uso da droga” (1993, p.74-75). Dessa forma, muito diferente do que normalmente se considera no senso comum, a dependência não se resume apenas ao uso indiscriminado de drogas ilícitas, mas condiz com qualquer desejo forte e irresistível de consumir alguma substância, podendo ela ser um medicamento devidamente prescrito, álcool, tabaco, as ditas drogas ilícitas e outros tipos de estimulantes diversos.

O CID-10 classifica a dependência química, de modo específico, no âmbito dos *Transtornos Mentais e de Comportamento*. Os diagnósticos de abuso de substâncias psicoativas foram fichados por uma letra e dois números, dessa forma, codificados com a letra F e a numeração que se estende de 10 a 19, indicando a qual tipo de substância psicoativa o transtorno se refere, de modo específico. De modo especial, deve-se notar que o CID-10 faz uma importante distinção entre o uso e a

dependência dessas substâncias, distinção fundamental para que seja possível entender as nuances das drogas e suas consequências nas vidas dos indivíduos. Grosso modo, pode-se considerar como um uso nocivo aquele que causa realmente prejuízos físicos e mentais à saúde do usuário, mas que ainda não preenche os critérios que configurem uma dependência. A dependência de substâncias por sua vez, só é caracterizada após três ou mais critérios das diretrizes diagnósticas, abaixo indicadas, a serem identificados em um período de doze meses:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância;
- (c) um estado de abstinência fisiológico (ver F1x3 e F1x4) quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- (e) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestantes nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; devem-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano. (CID-10, 1993 pp. 74-75).

Diante de tais normativas torna-se possível uma avaliação mais detalhada sobre o quanto a substância psicoativa afeta a vida de um dado indivíduo, facilitando o entendimento de se tratar de um caso de uso, abuso ou dependência, conduzindo a um diagnóstico mais preciso e tratamento mais adequado.

Segundo o DSM-V (APA, 2014, p. 481), “os transtornos relacionados às substâncias abrangem dez classes distintas de drogas: álcool; caféina; *cannabis*; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina e outros alucinógenos); inalantes; opióides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas).” Além do mais, o mesmo manual (APA, 2014, p. 483) indica como peculiaridade elementar ao transtorno uma junção de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que, mesmo causando efeitos negativos na vida do indivíduo, possibilitam que ele permaneça fazendo do uso, ou abuso, uma rotina. Esses transtornos podem ser caracterizados como leve, moderado ou grave, dependendo dos critérios preenchidos. Ademais, permite-se classificar as situações de remissão do uso e tipos de ambientes que possam manter este uso

controlado ou instinto, tanto temporariamente como em casos de interações.

Seja como for, depois destas definições preliminares a respeito do caráter diagnóstico do uso e abuso dessas substâncias, é crucial que entendamos também o lugar da droga na trajetória da humanidade, suas particularidades próprias de cada época e seu contexto histórico e cultural na sociedade, além de suas mudanças de destinações de uso. A respeito dessa historicidade, Abreu e Malvasi (2011) pontuam que:

Levantamentos arqueológicos e antropológicos confirmam que toda a história da humanidade está permeada pelo consumo de substâncias psicoativas, uma multiplicidade de usos, abusos e efeitos. Substâncias psicoativas e os estados alterados de percepção exerceram e ainda exercem papel importante na estruturação de sistemas sociais, culturais e míticos, mas nunca de forma genérica. Contextos históricos e culturais prescrevem a apresentação das substâncias, dosagens, formas de uso e situações para consumo, também os comportamentos desejados e os significados particulares para as substâncias e a inebriedade, tal como controles e tratamentos para os efeitos considerados indesejados. Adotar uma perspectiva que reflita sobre os aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química implica operar a análise dos contextos socioculturais em favor das inter-relações de sujeitos, das técnicas e das substâncias que criam e são criadas pelas práticas modernas (ABREU & MALVASI, 2011, p. 67).

Sabe-se que o uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na humanidade, mas esse uso foi se modificando, perdendo-se a visão de cultura ritualística para um uso banalizado, visando apenas os seus efeitos como uma obtenção de prazer e satisfação, imediatos. A droga passou a ser considerada como uma mercadoria, entre tantas outras, presente no mundo consumista e individualista (CORRÊA, 2014, p. 22). O que difere a tradição antiga e cultural do uso de substâncias para esse uso na atualidade, portanto, é que esse uso era destinado a rituais que se mantinham dentro de regras muito bem estabelecidas. Sobre esta questão, o mesmo autor pontua que “as crenças e os costumes, o medo de punições divinas e a vigilância da família bastavam para conter o uso abusivo das drogas” (CORRÊA, 2014, p. 23).

De alguma forma, tomar conhecimento a respeito dessas mudanças de padrão de uso das drogas faz-se também importante para que compreendamos os hábitos de uso que conduzem a quadros de uma dependência, tão intensa e patológica, na contemporaneidade.

Estudos apontam que nem sempre o uso de substâncias psicoativas foi intencionado a seus efeitos alucinógenos, mas também às suas propriedades medicinais, como as bebidas alcoólicas, que são utilizadas desde os sumérios em 2000 a.C. com fins diuréticos e revigorantes. Temos também o caso das folhas de coca, utilizadas pelos Incas e outras civilizações pré-colombianas, do entorno andino, para exercer suas

atividades laborais em altitudes elevadas, nas quais o ar se torna rarefeito e o frio é extremo. Além disso, aproveitavam-se esses povos de sua ação inibidora da fome, que possibilitava que mantivessem um consumo baixo de alimentos por vários dias. Igualmente, os espanhóis do Novo Mundo, aprendendo o costume com os nativos, passaram a usar as folhas de coca com o intuito de cura de feridas e outras enfermidades (CORRÊA 2014, p. 27).

Os exemplos são muitos e interessantes, tanto dos usos não recreativos das drogas quanto, por outro lado, das restrições bastante severas ao seu consumo e, principalmente, ao seu abuso nas sociedades tradicionais:

Na Roma pré-industrial, o uso do vinho era liberado aos homens maiores de trinta anos, sendo que o costume admitia executar qualquer mulher ou homem mais jovem descobertos nas proximidades de uma taberna. Na Rússia, durante meio século, beber café foi um crime punido com tortura e mutilação de orelhas. Fumar tabaco causava a excomunhão entre católicos e a amputação de membros na Turquia e Pérsia. Até a erva-mate usada hoje em infusão pelos gaúchos dos pampas foi considerada uma beberagem diabólica e somente as missões jesuítas no Paraguai, dedicadas ao cultivo comercial dessa planta, conseguiram convencer o mundo cristão de que suas sementes não foram trazidas à América por Satã, mas por São Tomé, o mais desconfiado dos primeiros apóstolos. Naturalmente, os valores sustentados por cada sociedade influem nas ideias formadas sobre as drogas. Durante a Idade Média europeia, por exemplo, os remédios favoritos eram a múmia pulverizada do Egito e a água benta, enquanto que as culturas centro-americanas consideravam como veículos divinos o peiote, a ayahuasca, o ololihqui e o tonanácatl, plantas de grande potência visionária que os primeiros missionários denunciaram como sucedâneos perversos da Eucaristia (ESCOHOTADO, 1997, apud ROSA, 2014 p. 191).

Ao se dar início à Revolução Industrial, em torno de 1800 na Inglaterra, o álcool teve um papel marcante, pois passou a ser consumido abusivamente pelos trabalhadores e operários, com o intuito de anestesiar a vida cansativa que estes viviam devido ao trabalho extenuante e a péssima qualidade de vida da época. A partir de 1850, o consumo exacerbado do álcool começou a ser notado como uma situação geradora de problemas na vida dos indivíduos e da sociedade. Foi nessa época que se iniciaram os grupos de Alcoólicos Anônimos nos Estados Unidos, em prol de pessoas que passavam pela mesma situação. Tais grupos permanecem em funcionamento desde então até os dias atuais (ESCOHOTADO, 1996, apud NIEL 2011, p. 140).

Na atualidade, de fato, o alcoolismo se encontra como um grave problema de saúde pública, apresentando-se como um dos transtornos mentais de maior incidência também entre a população brasileira. A síndrome de dependência de álcool é uma patologia crônica. O indivíduo portador possui grande dificuldade

em manter-se abstinência, passando por diversas recaídas e acumulando inúmeros prejuízos em todos os setores de sua vida. Tal síndrome também possui uma vinculação a casos de violências de vários contextos, assim como acidentes de trânsito (SEIBEL 2010, apud DIEHL, CORDEIRO & LARANJEIRA, 2011, p. 129).

O CAPS-AD como uma das possibilidades de tratamento para dependentes químicos

Os grupos de *Alcoólicos Anônimos* (AA), assim como os de *Narcóticos Anônimos* (NA), de mesma inspiração, mas voltados para dependentes de outras substâncias que não o álcool, são ainda muito atuantes e procurados na atualidade. Eles definem-se como uma irmandade mundial de homens e mulheres que, através de vigilância contínua e ajuda mútua, buscam a abstinência total da substância da qual são dependentes, compartilhando entre si suas experiências e utilizando uma técnica intitulada de Doze Passos, onde cada indivíduo desse grupo busca sua recuperação. “Os doze passos incluem admitir o alcoolismo, acreditar em um ser superior, fazer um inventário moral sobre si, admitir seus erros, tentar reparar danos causados a outras pessoas e transmitir a mensagem a outros alcoolistas” (CARVALHO, LIOTTI & LENZI, 2015, p. 48).

Os N.A. (Narcóticos Anônimos), da mesma forma, compreendem-se como uma irmandade na qual usuários compulsivos de drogas compartilham suas experiências na busca de uma abstinência total deste uso. Tais grupos colocam a abstinência total das substâncias como objetivo final por acreditarem que o uso faça parte de uma doença incurável, e que, dessa forma, uma recaída pode levar, novamente, à compulsão do uso e perda de controle sobre si mesmo (LOECK, 2006, p.7).

Outra modalidade de possibilidade de tratamento na qual usuários de substâncias psicoativas buscam auxílio são as Comunidades Terapêuticas (CTS), que são formalmente definidas como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo o modelo psicossocial. Trata-se de unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social (ANVISA, 2001).

Diante das mudanças recentemente propostas à Política Nacional sobre Drogas, o intuito do Governo Federal é de ampliação de vagas para usuários e verbas

direcionadas a esse tipo de instituição que, até então, não era plenamente reconhecida como um tratamento vinculado à Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

O fato de ainda haver grande resistência a este modelo de tratamento se dá pela condição de muitas CTS (Comunidades Terapêuticas) não estarem funcionando conforme o previsto no regulamento da *Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas* (FEBRACT), deixando de atender ao que determina a Lei RDC 101/01 da ANVISA, instrumento legal que monitora o funcionamento deste tipo de grupo.

O que se pode constatar é que muitas CTS (Comunidades Terapêuticas) não funcionam de forma adequada, não possuem uma equipe de profissionais minimamente prevista e um plano terapêutico correto para atender aos usuários de substâncias psicoativas, no qual sua subjetividade e crenças religiosas sejam respeitadas, fatores mencionados cruciais para um tratamento individual e adequado, não podendo, portanto, ser apoiado em interesses políticos e econômicos quaisquer que se apresentem (FRACASSO, 2008, p. 63-64).

Ressalta-se que, uma vez escolhida tal modalidade de tratamento, é importante certificar-se de que a CT a que irá se encaminhar o paciente seja filiada à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e de que esta atenda à “RDC 101/01”. (FRACASSO, 2008, p. 63-64).

Com a reforma psiquiátrica brasileira, a partir de meados da década de 1980, passou-se a pensar e a estudar possibilidades de dispositivos que tivessem o intuito de reinserção social e tratamento humanizado aos portadores de transtornos mentais, como no caso dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que consistem, efetivamente, na principal estratégia pós-reforma psiquiátrica experimentada em diversos âmbitos governamentais do Estado brasileiro (CORRÊA, 2014, p.121).

Segundo informação oficial do Ministério da Saúde (2004), os CAPS “são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular a sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas pela busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.” Assim sendo, eles têm como uma de suas funções primordiais, justamente a busca de integração do indivíduo na sociedade, no ambiente e no território em que vive. De acordo com a mesma diretriz ministerial:

CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), local de referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção

social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De modo bastante pertinente, Corrêa (2014, p. 121) acrescenta que esses dispositivos possuem projetos que vão muito além de seu contexto físico, munidos de uma rede de suporte social, que objetivam uma melhor garantia de sucesso de suas ações, prezando o indivíduo em seu contexto biopsicossocial. Efetivamente, o CAPS sustenta-se em uma visão ampla a respeito dos processos de tratamento de padecimentos mentais vários, atuação de forma interdisciplinar, realizando acompanhamento a pessoas com transtornos mentais e com transtornos recorrentes do uso de álcool e outras drogas no território sob sua responsabilidade. As necessidades apresentadas são organizadas em regimes de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (CORRÊA, 2014, p. 127).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), cada usuário do CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite as suas particularidades, que personalize o tratamento de cada pessoa na unidade e fora dela, propondo atividades durante a permanência diária no serviço, segundo as necessidades do paciente. Sendo assim, para atender à demanda gerada por esta circunstância, os CAPS possuem diversas atividades de cunho terapêutico, como atendimentos psicológicos e psiquiátricos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas, atividades em comunidade, oficinas artísticas e orientações relacionadas a medicações, além de atendimentos domiciliares e suportes aos familiares (CORRÊA, 2014, p. 130).

Tudo isso considerado, tal rede de suporte é implantada em cada município de acordo com a densidade populacional e suas demandas específicas. Para uma demanda referente a pessoas com transtornos mentais, Corrêa (2014, p. 121) afirma que é um trabalho com um grau de dificuldade relevante, exigindo que a equipe envolvida esteja munida de conhecimentos teóricos e práticos, além de ter como características importantes para uma melhor dinâmica paciente x profissional a empatia, afeto e habilidades para conseguir administrar todas as abordagens que forem necessárias.

Esse tipo de dispositivo de suporte encontra-se subdividido em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS-AD e CAPS-AD III. Como o objetivo nesse estudo são as substâncias psicoativas, os transtornos relacionados à mesma e suas potencialidades nos indivíduos, o enfoque é o CAPS-AD, voltado particularmente para o seu atendimento, de acordo com a já referida orientação do Ministério da Saúde (2004), que especifica que esse é voltado para o tratamento de:

usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e

dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Um dos objetivos que se deseja alcançar com dispositivos de saúde como o CAPS-AD, efetivamente, é o de redução de danos, que, por meio da prevenção e orientação, busca diminuir gradativamente e evitar o uso de substâncias psicoativas pelos indivíduos, como também reduzir os prejuízos causados por sua utilização contínua, minimizando as consequências desta. Não está em foco principal, portanto, uma política de abstinência total como a única meta a se alcançar, como nos AA e nos NA, mas, sim, um serviço promotor de saúde mental que, antes de tudo, forneça conhecimentos sobre os danos que o álcool e outras drogas podem causar, informando a respeito de atividades saudáveis e promotoras de prazer físico e mental que os mantenham longe das drogas e de ambientes promissores ao uso, além dos suportes necessários para cada demanda singular, estreitamento dos laços sociais e promoção de autoestima nos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Dessa forma:

Faz-se preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 17).

A importância da inserção familiar no tratamento de um usuário do CAPS-AD

A família, não é um dado meramente biológico, mas uma instituição social que passou por inúmeras transformações no que tange ao seu caráter econômico, político, moral e cultural. Por esta razão, falar sobre a mesma e suas particularidades é um tema desafiador, uma vez que seu contexto e suas reações em uma determinada situação e suas vivências são, de certa forma, imprevisíveis, não sendo estáticas e, de fato, podem abarcar todo tipo de mudanças em seus modos de relacionar-se.

A família não pode ser vista como uma instância neutra e uniforme, como bem destacam Neves e Soares (2009). Trata-se de um pólo nuclear, fundamental à formação dos indivíduos, e, mais ainda, a família pode ser desestruturada por inúmeras situações vivenciadas, sejam de caráter social, econômico ou de saúde. Estas são questões que sempre causam receios, medos, dúvidas e conflitos, por exemplo, quando esta família passa por problemas graves, como no caso do uso abusivo de

álcool e outras drogas por um ou mais de seus membros constituintes.

No campo da Psicologia, as relações, vínculos e dinâmicas familiares sempre foram pontos importantes a se conhecer para que a subjetividade do indivíduo possa vir a ser bem explorada, e isto não seria diferente no caso dos usuários de substâncias psicoativas e em seus processos de tratamento e recuperação.

Sobre a importância do contexto familiar como parte da história e vivências de um indivíduo, Payá (2011 p. 319) afirma que “a busca pelo entendimento de como as relações se constroem e, a partir delas, quais os resultados gerados, forma o objetivo de qualquer intervenção familiar, independentemente de sua base teórica.

De fato, é preciso considerar que a família está sendo focalizada em diversas modalidades de tratamento de saúde, pois a importância de sua colaboração para a adesão dos usuários aos programas oferecidos já foi mencionada em inúmeros trabalhos científicos, principalmente quando se refere ao serviço de saúde mental (MOREIRA, 2004 p. 84).

Quando um familiar de um dependente de álcool ou drogas procura ajuda para este indivíduo em um modelo como o CAPS-AD, o mesmo é informado que, para que o tratamento possa ocorrer, é necessário que o próprio usuário entenda, a sua necessidade de ser ajudado, e a sua dependência, não só como uma perda de controle pessoal, mas como uma doença a ser tratada, e o quanto este uso abusivo está interferindo negativamente em sua vida. Essas são condições imprescindíveis para que o mesmo seja acolhido e que um plano terapêutico possa vir a ser planejado para o seu tratamento (BRAUN, ZANON & HALPERN, 2014).

Diante desta procura, ao menos idealmente, esse familiar solicitante também receberá o suporte psicológico necessário para que possa enfrentar a dependência do ente adoecido e suas consequências, criando um suporte tanto para o usuário em si quanto para a família do qual é membro e que, ao se ver adoentada em uma de suas partes, também requer cuidados especiais (BRAUN, ZANON & HALPERN, 2014).

Sendo, de modo bastante específico, um dos objetivos do CAPS-AD, a participação do familiar no processo de tratamento do usuário dependente de substâncias químicas, o intuito é o de tornar o tratamento mais acessível, resgatando o elo parental que, eventualmente, se perde na anomia gerada pelas situações de abuso de álcool e/ou outras drogas. Para que haja essa possibilidade de fortalecimento de vínculo familiar, é imprescindível, que a equipe do CAPS-AD acolha a família e o paciente, auxiliando-os em suas demandas, para que todos possam se ajudar no tratamento, tornando-o mais eficaz, e evitar possíveis recaídas (BRAUN, ZANON & HALPERN, 2014).

A inserção dos familiares no tratamento é fundamental, pois se sabe o quanto a família é atingida pelo uso das drogas de inúmeras formas, e que cada familiar lida com essas questões peculiarmente, desde uma possível codependência a um desamparo total ao usuário (JUNQUEIRA, 2014).

Ao tratar os familiares, é possível que se entenda como se deu a criação/educação daquele indivíduo protagonista do tratamento, para que se compreenda, de uma forma mais ampla, de onde advém essa problemática do uso abusivo de drogas. Como sinaliza Junqueira (2013), “pensar na família como um sistema, significa que as influências entre seus membros sejam recíprocas e circulares.” Também por isso, na diretriz do Ministério da Saúde referente ao CAPS-AD, destaca-se que “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.” (BRAUN, ZANON & HALPERN, 2014, p. 6).

Corrêa (2011) faz uma importante diferenciação sobre as características dos familiares frente à patologia do uso de drogas e seus danos. De acordo com este autor, há um tipo de família em que a relação é completamente tóxica, onde há um vínculo de maternidade para com a doença do dependente, que mantém, assim, uma estrutura de simbiose em relação à sua dinâmica e enredo familiar. Por outro lado, há também famílias em que ocorre o oposto disso, que colocam o familiar toxicômano como o motivo maior do desequilíbrio familiar, não entendendo seus comportamentos como uma doença real e, assim, causando um completo desamparo ao usuário.

Considerando a importância da família na vida do dependente químico e ainda, das interações que se estabelecem entre família e doente, faz-se necessário que o tratamento dispensado a este seja extensivo aos familiares, além, é claro aos demais (a amigos, vizinhos, etc.) que estejam diretamente ligados ao dependente químico. Dentro dessa perspectiva, de ficar atento aos sinais e sintomas da codependência para poder atuar junto aos familiares na assistência ao dependente institucionalizado ou que se encontra em um tratamento ambulatorial, dar atenção à família é fundamental (WENZEL & PAULA, 2010, apud SOBRAL & PEREIRA, 2012, p. 3).

A codependência familiar de um usuário de substância psicoativa tem como característica o fato de um indivíduo manter uma dependência emocional tão semelhante à dependência que um usuário possui por uma substância para com sua condição. Esse familiar adoecido passa a viver em função do cuidado e vigília deste usuário, privando-se de sua própria vida e acobertando os problemas ocasionados pelo dependente químico. Efetivamente, “(...) Na codependência há um conjunto de padrões de conduta e pensamentos

patológicos que produzem sofrimento psíquico” (BALLONE, 2010 apud SOBRAL & PEREIRA, 2012, p. 2).

A família pode passar por estágios de pensamentos e sentimentos bem característicos diante de tal doença, oscilações, cheias de altos e baixos. A respeito disto, Corrêa (2011, p. 149) descreveu *quatro estágios* que podem fazer parte da realidade dos familiares de um dependente químico, entendendo, contudo, que cada família possui suas singularidades e modo de funcionamento específico. Sobre os estágios propriamente, esse autor define o *primeiro* deles como o da negação do fato, caracterizado pelo esforço da família em extinguir ou camuflar que há um problema real, quando há danos já instalados. Uma família em negação, incluindo aí o próprio usuário, acaba por desviar a verdadeira causa dos acontecimentos para outras possibilidades de estes terem ocorrido, tardando o início de seu tratamento eficaz.

No *segundo estágio*, no qual já é possível observar padrões de codependência bem caracterizados, a família passa a reconhecer que o problema do uso de drogas e seus danos existem, mas tenta manter algum *controle* sobre o toxicômano. Ainda neste ponto, considera-se que esse problema é um assunto sobre o qual não se deve falar, como se não estivesse causando prejuízos à toda a família. De modo geral, ele consiste em manter o uso abusivo das drogas do indivíduo como um *segredo familiar*, onde esse núcleo pensa ser possível dar conta da situação instaurada por seus próprios meios de contenção.

Como uma consequência do segundo estágio, o *terceiro* é caracterizado pelo *desequilíbrio* familiar mais evidente e as inversões de papéis que muitas vezes ocorrem em função de uma situação de abuso de drogas. Os familiares do toxicômano acabam por tomar para si papéis e responsabilidades que não os cabem, com um intuito de proteção do usuário. Isso, entretanto, acaba não sendo favorável, nem saudável, uma vez que o usuário fica cada vez mais distante de reconhecer o uso abusivo de substâncias psicoativas e suas consequências psicológicas, patológicas e sociais.

Por fim, o referido autor aponta o *quarto* estágio, no qual a família, após tentar dar suporte ao usuário para que o mesmo consiga sair de sua atual condição, chega a uma exaustão emocional, fragmentando-se os vínculos familiares e resultando em um desamparo familiar ao indivíduo. Isso se deve ao fato de que a família não possui mais forças físicas e emocionais para lidar com todas as demandas que o uso abusivo de substâncias trouxe não só para o usuário, mas para todos ao seu redor. As consequências deste isolamento são, por sua vez, via de regra, o agravamento ainda mais destrutivo do abuso de drogas em questão.

A inserção familiar no tratamento do dependente químico não possui um modelo teórico específico a

ser seguido, ou uma abordagem única de tratamento familiar, mas as mais utilizadas para esta demanda são os modelos da doença familiar, o sistêmico e o comportamental (CORRÊA, 2014 p. 148).

Ao falar sobre os benefícios da *Terapia Familiar*, Payá (2011, p. 320) afirma que a dependência química, desde o ponto de vista desta abordagem, tem evidenciada, desde o princípio, a sua posição como um problema multifatorial de cunho biopsicossocial, e, por esta razão, ofertar atendimento aos familiares agrega positivamente no tratamento do usuário. Essa mesma autora afirma em sequência que a inserção dos parentes no processo de tratamento, utilizando-se da psicoterapia, faz parte de uma abordagem familiar, sendo no mínimo importante este espaço para orientações dadas àqueles de relações mais imediatas do paciente em recuperação.

Sob o aspecto familiar, para avaliar e tratar a dependência química sistematicamente é necessário levar em consideração as expectativas familiares. Reforçar a quebra de preconceitos e trabalhar com crenças moralistas e culpas quanto à questão da dependência, proporcionam o resgate da autonomia de cada um dos membros, buscando principalmente a mudança de padrões familiares estabelecidos (PAYÁ, 2011, p. 320).

Quando um psicólogo e demais membros de uma equipe, como no caso de um CAPS-AD, utilizam-se da terapia familiar, tem-se a possibilidade de auxiliar e orientar os familiares, para que os mesmos venham a compreender as atitudes e comportamentos dos usuários de drogas em recuperação, incentivando-os a lidarem da melhor forma com os sucessos e recaídas do paciente, facilitando assim a possibilidade de manutenção dos vínculos parentais e demais relações sociais. Conforme observaram Herzog e Wendling:

Isso aponta necessidade de perseverança por parte do terapeuta em cumprir o seu papel e necessidade de habilidade para lidar com a frustração, pois esse é um dos momentos mais difíceis do tratamento. Cabe se ressaltar aqui também, as dificuldades implícitas associadas ao tratamento da dependência química, como a questão de recaída, que na visão dos familiares, invalida todo o esforço feito até então e que demanda grande tolerância por parte do psicólogo, pois esse é cobrado pela falta de resultados (HERZOG & WENDLING, 2013, p. 34).

A família é crucial no tratamento quando o dependente químico está inserido na mesma, uma vez que qualquer tipo de intervenção pode ter seu efeito benéfico potencializado por uma relação familiar mais estruturada. Ao ter um suporte no que tange ao caráter biopsicossocial de seu processo de recuperação, tem o indivíduo uma maior chance de resgatar seu lugar como um sujeito que zela por si mesmo, pelas pessoas ao seu redor, voltando a manter vínculos e papéis sociais (SANTOS, 2008 apud XAVIER, RODRIGUES & SILVA 2014, p. 102).

Considerações finais

A partir do que antes se argumentou, pode-se concluir que a inserção e escuta dos familiares no CAPS-AD torna-se um elemento particularmente favorável na recuperação de dependentes químicos. Isso se dá uma vez que, entendendo mais sobre a situação em que o dependente assistido pela unidade se encontra, podem os membros de seu núcleo familiar vir a se sentir menos ansiosos quanto às incertezas de recaídas e possibilidades de uma abstinência do uso.

Dessa forma, é justamente através desse atendimento familiar que o indivíduo em recuperação passa a se colocar como um sujeito que também precisa de seu espaço, de sua rotina, e que faz valer também seus desejos. O suporte do atendimento psicológico aos familiares do toxicômano pode levá-los a entender que a dedicação extrema ao usuário, ao invés de ajudá-lo, adoecem-no ainda mais, tornando-o codependente, ao mesmo tempo em que o desamparo não melhora a situação, sendo assim, crucial esta escuta para assistir e lidar com os parentes que possam se encontrar assumindo ou tentados a assumir qualquer uma destas duas posições.

Também é necessário pontuar que o problema do uso abusivo de substâncias psicoativas pode possuir sua origem dentro da própria família, que este uso pode ser perpassado por gerações, por questões hereditárias e culturais. Dando este espaço acolhedor ao familiar do drogadicto identificado, é possível que mais entes em situações semelhantes sejam identificados, entendendo melhor o contexto em que o usuário se encontra, como também ofertando aos demais familiares com essa questão identificada, a possibilidade de tratamento e assistência.

Não é o papel do psicólogo, nem de nenhum membro da equipe julgar a posição do familiar, seja esta de codependência ou de desamparo, mas sim de acolher, informar sobre o tratamento, sobre a doença que tornou o familiar adoecido e dependente, e respeitar sua posição quando em caso de familiares que não desejam envolvimento de nenhuma forma com o usuário devido a vivências, traumas e situações conflituosas graves, mas é dever de uma equipe oferecer informação e suporte quando assim solicitado.

O familiar do usuário de substâncias psicoativas inserido no CAPS-AD contribui com o tratamento também pelo fato de, ao conhecer mais sobre o tratamento ofertado e os efeitos da dependência do usuário, ser capaz de ampliar sua possibilidade de suporte a este, conseguindo assim observar com outro olhar as reações e comportamentos do usuário que o levam a recaídas, bem como este olhar pode influenciar em uma redução de conflitos familiares.

É preciso entender que tratar a dependência química não é algo em que os resultados se apresentem à curto prazo. E também não há garantias de que não

haverá recaídas ou que a abstinência será total e para o resto da vida do usuário. Mas é necessário entendê-la como uma doença, onde cuidados serão necessários para que haja uma eficácia de longa permanência.

Dessa forma, os profissionais e familiares inseridos nesta unidade de tratamento precisam acreditar na possibilidade de mudança do dependente químico, promover a possibilidade de resgate de vínculos afetivos familiares, mesmo que não se obtenha completamente o sucesso de início desejado.

Isso tudo considerado, observaram-se ainda algumas limitações nesse estudo, para além de um modelo teórico, uma vez que na prática sabe-se que a adesão pelos usuários a um possível tratamento ainda se encontra abaixo do esperado. Muitos não compartilham e não admitem para si mesmos e para seus familiares que perderam o controle sobre sua sobriedade, seus corpos, limites e sentimentos no geral, não buscando nenhum tipo de ajuda. Os motivos para isso são inúmeros, mas é possível citar entre eles a negação da dependência, a vergonha, o medo do preconceito, entre outros, que implicam, por conseguinte, na baixa adesão dos familiares ao tratamento, uma vez que, como mencionado no presente artigo, os familiares muitas vezes não possuem mais forças suficientes para convencer que o ente adoecido busque ajuda. Por isso, mesmo que seja previsto no regimento desses dispositivos a inserção familiar, e mesmo sabendo por meio de estudos literários que foram revisados neste trabalho, que essa inserção, tanto em grupos de família, quanto para atendimentos individuais, contribuem positivamente para um tratamento eficaz, na prática atual, essa adesão em muitos locais é insuficiente, necessitando assim de mais incentivo, informações e divulgação das propostas do dispositivo, para atrair não só mais usuários que necessitem de ajuda, como também seus familiares.

Referências

ABREU, C. & MAVALSI, P. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In. DIHEL, A. et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANVISA. Normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial para o licenciamento sanitário: resolução de Diretoria Colegiada RDC-101 de 30 de Maio de 2001. Brasília: 2001.

BRAUN, L.; ZANON, L. & HAPLPERN, S. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência, 2014. Revista da SPAGESP. São Paulo, SPAGESP, v. 15, n. 2, 2014. Disponível online em: <https://tinyurl.com/y5k8kace> (acesso em 10 jul. 2019).

CARVALHO, J, LIOTTI, D & LENZI, M. CAPS-AD e Alcoólicos Anônimos: O processo de tratamento sob o ponto de vista dos usuários. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis, UFSC, V. 7, n.16, 2015. Disponível online em <https://tinyurl.com/y3mdjoy7> (acesso em 10 jul.

2019).

CORRÊA, R. Redução de danos e reinserção social: desafios, processos e estratégias na dependência química. São Paulo: Érica, 2014.

DIHEL, A. et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas. In. DIHEL, A. et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HERZOG, A & WENDLLING, M. Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos. Aletheia. Canoas, CPSI/ULB, n. 42, 2013. Disponível online em <https://tinyurl.com/y3a823fg> (acesso em 10 jul. 2019).

JUNQUEIRA, S. Abordagem familiar no tratamento da dependência química: uma revisão de literatura. Apresentação de Monografia de Especialização em Abordagem Multidisciplinar em Dependência Química. Rio Grande: IBC/FURG, 2013. Disponível online em <https://tinyurl.com/y27remd4> (acesso em 10 jul. 2019).

LOECK, J. Narcóticos Anônimos: um estudo sobre estigma e ritualidade, 2006. In. Anais da 25ª Reunião Brasileira de Antropologia (Goiânia/GO, 11-14 jun. 2006). Disponível online em <https://tinyurl.com/y3ckqpv4> (acesso em 10 jul. 2019).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: DAPE/SAS do Ministério da Saúde, 2004. Disponível online em <https://tinyurl.com/y5z7qevk> (acesso em 10 jul. 2019).

MOREIRA, M. Dependência familiar. Revista da SPAGESP. São Paulo, SPAGESP, v. 5, n. 5, 2004. Disponível online em <https://tinyurl.com/y3gdehrv> (acesso em 10 jul. 2019).

NEVES, M.; SOARES, A. A precarização do trabalho no Brasil e os seus rebatimentos no cenário familiar: as marcas históricas da violência. Serviço Social & Realidade. Franca, PPGSS/UNESP, v. 18, n. 1, 2009. Disponível online em <https://tinyurl.com/y5q3ybpz> (acesso em 10 jul. 2019).

NIEL, M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In. DIHEL, A. et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAYÁ, R. Terapia Familiar. In. DIHEL, A. et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSA, P. Outra história do consumo de drogas na modernidade. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. São Carlos, UFSCar, v. 22, suplemento especial, 2014. Disponível online em <https://tinyurl.com/y2fdzmmh2> (acesso em 10 jul. 2019).

SILVA, B. et al. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Vitória, CCS/UFES, v. 14, n. 4, 2012. Disponível em <https://tinyurl.com/y4tyjgnt> (acesso em 10 jul. 2019).

SOBRAL, C & PEREIRA P. A Codependência dos familiares do dependente químico: revisão de literatura. Revista FAFIBE Online. Bebedouro, UNIFAFIBE, v. 5, n. 5, 2012. Disponível em <https://tinyurl.com/y6dp84lc> (acesso em 10 jul. 2019).

XAVIER, M.; RODRIGUES, P. & SILVA, M. A percepção da família no tratamento e suporte de dependentes químicos. Encontro. Valinhos, IPADE/Anhanguera Educacional, v. 17, n. 26, 2014. Disponível em <https://tinyurl.com/y6lovhh5> (acesso em 10 jul. 2019).