



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

MARIA TERESA SOARES MATOS

**GRUPO DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR EM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA: UMA AVALIAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES
PARTICIPANTES**

FORTALEZA – CEARÁ

2008

MARIA TERESA SOARES MATOS

**GRUPO DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR EM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA: UMA AVALIAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES
PARTICIPANTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto

Fortaleza - Ceará

2008

M425g Matos, Maria Teresa Soares

Grupo de Orientação Familiar em Dependência
Química: Uma avaliação sob a percepção dos familiares
participantes/Maria Teresa Soares Matos. Fortaleza, 2008.

x,114f.; 21 cm

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde
Pública)-Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde

1.Dependência Química. 2.Família. 3.Grupo de
Orientação Familiar I. Pinto, Francisco José Maia. II.Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. III.Título

CDD: 615.78

**GRUPO DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR EM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA: UMA AVALIAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES
PARTICIPANTES**

Maria Teresa Soares Matos

Data da Defesa: 14/03/2008

Conceito Obtido: -----

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto – Orientador

Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz - 1º Membro

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge – 2º Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes dependentes químicos e seus familiares. Sem vocês não seria possível a realização deste estudo. Em especial aos familiares que participaram da pesquisa, pela disponibilidade, interesse e coragem em desnudarem-se diante de uma pessoa até então desconhecida para eles.

Dedico ao meu pai que sempre se preocupou em nos dar o melhor, (materialmente falando), o que me propiciou uma boa formação escolar e acadêmica. Dedico a minha querida e saudosa mãezinha, que preencheu perfeita e corretamente a lacuna afetiva deixada pelo meu pai, tornando-me uma pessoa que ama, não desiste nunca e em especial por ter me ensinado a gostar e acreditar em “gente”.

Finalmente dedico aos meus dois queridos filhos, André, que está longe dos meus olhos, mas perto do meu coração, sempre e a Mariana, estudante de psicologia, que espero ter interesse pela área de dependência química e dê continuidade a trajetória (ainda muito solitária) iniciada por sua mãe, no tratamento de dependentes químicos e familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, por me presentear com o dom da vida e por permitir que todos os dias eu acorde e me satisfaça na realização do meu trabalho diário com dependentes químicos e suas famílias, entusiasmando-me a produzir esta pesquisa.

Agradeço a querida Profa. Dra. Silvânia Maria Mendes Vasconcelos, pela sua paciência e dedicação para comigo na realização deste trabalho. Obrigada ainda por ter me iniciado no estudo acadêmico e me incentivado a escrever, publicar e tentar ser pesquisadora.

Obrigada ao querido Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto, pelo acolhimento, pela compreensão e pela escuta dos meus desabafos, nos momentos de transição, dor e angústia para conclusão deste trabalho. Agradeço pelas orientações recebidas, (que embora o tempo não tenha permitido que fossem muitas), mas que foram valiosas para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pelas brilhantes, corretas e lúcidas orientações recebidas para conclusão (finalmente) deste estudo, lamentando por não ter sido minha orientadora desde o início desta pesquisa.

Obrigada a Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz, por ter participado da minha banca de qualificação e por ter aceitado tão gentil e prontamente o convite pra participar da banca de defesa de dissertação. Suas colocações me acalmam e me estimulam a seguir em frente.

Agradeço a amiga Sandra Diniz, por ter participado comigo na condução do I Grupo Focal desse estudo como observadora e por sua paciente escuta aos meus comentários e desabafos (que foram muitos), ora tristes, raivosos ou alegres durante a realização desse estudo.

E finalmente um auto-agradecimento só para não perder a auto-estima!!!

Diz-se que, mesmo depois de um rio cair no oceano, treme de medo. Olhar para trás, para toda jornada, os cumes, as montanhas, o longo caminho sinuoso através das florestas, através dos povoados, e vê a sua frente um oceano tão vasto que entrar nele, nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar, nem você pode voltar. Voltar é impossível na existência: você pode apenas ir em frente. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E, somente quando ele entra no oceano, o medo desaparece, porque o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano. Por um lado é desaparecimento, mas por outro lado é uma tremenda ressurreição.

(autor anônimo)

RESUMO

A família é um fator crítico no tratamento da dependência química e sua abordagem é fundamental nos programas terapêuticos. Contudo, não foi ainda estabelecida até o momento uma abordagem de maior eficácia nessa área. Esta pesquisa baseou-se em uma investigação do tipo descritiva com abordagem qualitativa sobre a dependência química, e sua relação com a família do dependente. Através da técnica do Grupo Focal, este estudo procurou conhecer e comparar o comportamento dos familiares antes e após a realização de um Grupo de Orientação Familiar, quais as expectativas dos participantes e quais conhecimentos a família detinha sobre dependência química, com relação as seguintes variáveis: sentimentos, conceitos, motivos e condutas familiares. O estudo foi realizado em um Centro de Convivência para dependentes químicos em Fortaleza-CE com 11 participantes, cujos familiares estavam em tratamento no serviço. Os resultados demonstraram que as expectativas dos familiares foram correspondidas com relação aos objetivos propostos nesse estudo. Pôde-se observar uma melhora nos sentimentos das famílias, entendimento do conceito de dependência química como doença e aquisição de habilidades para melhor lidar com o familiar dependente. Verificou-se portanto, que a realização de um Grupo de Orientação Familiar com caráter informativo e educativo, pode ser eficiente e capaz de responder as demandas familiares em dependência química. Fica evidenciado que a família deve ser vista e tratada como uma das “peças-chave” no processo de recuperação do dependente químico, para que possa ser verdadeiramente protetora e não provocadora do uso, contribuindo para a melhora das relações familiares.

Palavras chave: dependência química, família, grupo de orientação familiar

SUMMARY

The family is a critical factor in treatment of chemical dependence and his approach is fundamental in therapeutics programs. Nevertheless, it was not yet established until the moment an approach more efficient in this area. This research based upon an investigation of descriptive type with qualitative approach about chemical dependence, and its relation with the family of dependent. Through the technique of Focal Group, this study searched to know and to compare the behavior of relatives before and after the realization of a Relative Orientation Group, what are the expectations of participants and what knowledge the family had about chemical dependence, with relation to the following variables: feelings, concepts, motives and relatives conducts. The study was done in a Sociable Center to chemical dependent in Fortaleza/Ce with 11 participants, which relatives were in treatment in service. The results demonstrated that expectations of relatives were corresponded with relation to objectives proposed in this study. We can observe a betterment in families' feelings, understanding of concept of chemical dependence as disease and acquisition of abilities to better treat with dependent relative. It verified, so, that a realization of a Relative Orientation Group with informative and educative feature, can be efficient and able to answer the familiar demands in chemical dependence. It noticed that family must be seen and treated as one of 'key-pieces' in the process of recovering of chemical dependent, to be truly protecting and not provoker of use, contributing to betterment of relative relations.

Key-Words- Chemical dependence, family, group of relative orientation

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVO.....	36
2.1 Geral.....	36
2.2 Específicos.....	36
3. METODOLOGIA.....	37
3.1 A Natureza do Estudo.....	37
3.1.2 Campo e Período da Pesquisa.....	38
3.1.3 Participantes da Pesquisa.....	38
3.1.4 Técnicas e Instrumentos para Coleta de Dados.....	39
3.1.5 Análise dos Dados.....	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.1 Com Relação à Dinâmica de Apresentação.....	48
4.2 Com Relação ao Perfil Sociodemográfico.....	50
4.3 Com Relação ao Temário (Grupo Focal I).....	54
4.3.1 Primeiro Tema: Expectativas dos familiares em relação ao Grupo de Orientação Familiar - G.O.F.....	54
4.3.2 Segundo Tema: Convivência da família com a dependência química do seu familiar. Sentimentos presentes no familiar antes do G.O.F.....	60
4.3.3 Terceiro Tema: O significado da dependência química. Motivações para o desenvolvimento da dependência.....	62
4.3.4 Quarto Tema: Auxílio da família ao dependente quanto ao uso de drogas ou álcool.Tratamento da dependência química.....	76

4.4 Com relação ao Temário (Grupo Focal II).....	80
4.4.1 Primeiro Tema: Opinião dos familiares em relação ao G.O.F realizado. Grau de satisfação/insatisfação com relação as expectativas.....	81
4.4.2 Segundo Tema: Convivência da família com a dependência química do familiar e sentimentos presentes após a realização do G.O.F.....	85
4.4.3 Terceiro Tema: O significado da dependência química. Motivações para o desenvolvimento da dependência.....	88
4.4.4 Quarto Tema: Auxílio da família ao dependente quanto ao uso de drogas ou álcool. Tratamento da dependência química.....	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
7. APÊNDICES.....	106
Apêndice A - Carta de Solicitação para entrada no campo.....	107
Apêndice B - Termo de Consentimento livre e Esclarecido.....	109
Apêndice C - Parte I - Dados Sociodemográfico.....	111
Parte II - Roteiro Temário (Grupo Focal I).....	112
Parte II – Roteiro Temário (Grupo Focal II).....	113
Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética.....	114

1. INTRODUÇÃO

O interesse por esse estudo surgiu a partir da minha prática clínica com dependentes químicos e seus familiares. Porém, antes de abordar sobre a trajetória em relação ao tema em questão, acredito ser importante contextualizar a experiência que me levou a querer realizar este estudo.

Sou Terapeuta Ocupacional e coordeno um Serviço de Dependência Química em um hospital público em Fortaleza-Ce. Exerço a coordenação do serviço desde 1999, mas para chegarmos onde estamos, foi e continua sendo necessário muito estudo, compreensão sobre o tema e principalmente sobre o modo de adoecer do dependente químico e a estreita relação que este estabelece com sua família e vice e versa.

Assumi inicialmente as funções administrativas de reorganização do serviço nas áreas de recursos humanos e projeto terapêutico. Com o tempo, percebi uma necessidade de maior aproximação dos pacientes e familiares e suas relações intersubjetivas, na tentativa de entender o que os levavam ao uso de substâncias psicoativas e conseqüentemente ao sofrimento familiar.

Passei então a participar dos grupos terapêuticos com os pacientes, que eram coordenados pelos psicólogos do serviço. Sempre observei que os pacientes referiam mágoas dos familiares, mas também muita culpa pelo sofrimento que causavam devido ao uso de drogas. Sempre ouvia relatos de que a tentativa de parar com o uso, devia-se ao sofrimento gerado no seio familiar, como se “dedicassem” a abstinência conseguida à família, como se quisessem premiá-la, por todo sofrimento

causado até então. Pensei então na importância da família para o dependente químico e de como esta poderia ser aliada no processo de recuperação de ambos, pacientes e a própria família.

Observamos ainda, que as famílias não se sentiam implicadas no tratamento, como se terceirizassem tal responsabilidade somente aos profissionais de saúde. Passamos então a convidar as famílias para uma roda de conversa semanal, mas logo percebemos que havia muita evasão, muitos questionamentos, famílias que iniciavam e não permaneciam nos grupos, desestimulando familiares e profissionais que conduziam os trabalhos.

Surgiu então em 2002 a idéia da criação de um Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, que atendesse as demandas familiares em relação ao tema. Com sessões estruturadas, de caráter informativo e educativo, o grupo tem por objetivo melhorar a qualidade das relações familiares, obtendo ganho para pacientes e famílias. O referido Grupo de Orientação Familiar, foi assim o objeto de estudo dessa pesquisa.

A inexistência de pesquisas qualitativas sobre dependência química no Brasil é quase total; além do mais, os poucos trabalhos devotados a esta tarefa, (MACRAE e SIMÕES, 1988; MACRAE, 1992) não atravessaram a rigorosa fronteira que demarca as disciplinas das ciências sociais das disciplinas da área médica, detentoras quase que exclusivas da produção acadêmica sobre o assunto.

Não é propósito desta pesquisa, conjecturar sobre as possíveis raízes dessa realidade, presente, com maior ou menor intensidade, em vários países e já discutida com propriedade por outros autores. Mas, cabe aqui enfatizar, que a contribuição das

ciências sociais, no entendimento de comportamentos ligados à saúde e doença, tem sido considerada cada vez mais essencial, para o desenvolvimento apropriado de ações de prevenção. Isto se deve em parte, pelos resultados frustrantes que ações de intervenção baseadas somente no enfoque médico e biológico vem apresentando-nos vários ramos da saúde pública (MANDERSON, 1994).

As investigações de caráter qualitativo nessa temática procuram entender o uso das várias substâncias químicas ou mesmo a maior ou menor popularidade de intervenções terapêuticas e preventivas sob a ótica cultural dos diferentes grupos sociais. Como apropriadamente ressalta Gilbert:

“[...] Para modificar comportamentos é necessário primeiro que se entenda o contexto em que eles ocorrem e os significados e importância atribuída a ele pelos seus agentes. Enquanto um pouco do contexto e significados associados a um comportamento são pessoais e particulares, uma grande parcela destes são culturalmente moldados e socialmente construídos” (GILBERT, 1990/91: 127-48).

Quando se trata de uma proposta de estudo de grupo como é o caso desta pesquisa é fundamental uma aproximação maior com a subjetividade dos sujeitos envolvidos. Primeiro, como forma de alcançar as impressões, opiniões, sentimentos e saberes dos diferentes sujeitos dos grupos; depois, porque interessa conhecer quais os recursos e as dificuldades do segmento pesquisado em relação à dependência química do seu familiar (MUZA e COSTA, 2002).

O abuso de drogas verificado nos últimos anos e suas conseqüências na vida do indivíduo e da sociedade é considerado hoje um problema de saúde pública. A situação vem se tornando cada vez mais alarmante e com grande impacto social,

reivindicando maior atenção dos profissionais de saúde. Como já afirmava Bucher na década de 80:

“[...] O problema espalha-se nas sociedades industrializadas para atingir dimensões epidêmicas, transformando-se num sintoma inquietante de um novo e profundo mal-estar na civilização” (BUCHER, 1988, p. 35).

O primeiro contato com as drogas, muitas vezes ocorre na adolescência. Nessa fase, o indivíduo passa por bruscas mudanças biológicas e psíquicas, sendo a etapa mais vulnerável de todo o desenvolvimento humano. Conflitos de naturezas diversas aparecem num momento de instabilidade emocional e extrema sensibilidade. Mas o fato de experimentar não significa necessariamente dar o primeiro passo para a dependência (MARQUESA & CRUZ, 2000).

A chegada da adolescência é um dos momentos propícios para que o uso de drogas surja como um dos sintomas que denuncia as dificuldades familiares em atravessar essa etapa do Ciclo de Vida Familiar, pois esse momento implica crescimento e individuação, movimentos essenciais na busca do jovem pela sua autonomia e independência do grupo familiar (STANTON & TODD, 1988; SUDBRACK, 2001, 2003).

Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no Brasil e no mundo mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia esse uso. Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de três milhões de crianças e adolescentes fumem tabaco. O álcool é usado pelo menos uma vez por mês por mais de 50% dos estudantes das últimas séries o que corresponde ao nosso ensino médio, sendo que 31% chegam a se embriagar mensalmente. Segundo

Dryfoos (1990), encontrou-se na população jovem americana (13 a 18 anos) as seguintes taxas de uso de tabaco, álcool e drogas: 12% de fumantes pesados (um maço ou mais ao dia); 15% de bebedores pesados (cinco ou mais doses por dia em três ou mais dias dos últimos 15); 5% fazem uso regular de maconha (20 ou mais dias no último mês); e 30% fazem uso freqüente de cocaína, três ou mais vezes no último mês.

No Brasil, o panorama mudou completamente nas últimas décadas. Até o início da década de 80, os estudos epidemiológicos não encontravam taxas de consumo alarmantes entre estudantes (MORGADO; IGUCHI; BUENO, 1983). No entanto, levantamentos realizados a partir de 1987 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID) têm documentado uma tendência ao crescimento do consumo.

Esses levantamentos foram realizados entre estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras e também em amostras de adolescentes internados e entre meninos de rua. Em 1997, o CEBRID mostrou que existiu uma tendência ao aumento do consumo dos inalantes, maconha, cocaína e crack em determinadas capitais (CARLINI-COTRIM & CARLINI, 1987). No entanto, o álcool e o tabaco continuam a ocupar o primeiro lugar como as drogas mais utilizadas ao longo da vida e com mais problemas associados, como por exemplo, os acidentes no trânsito e a violência (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997).

Estudo realizado em 1997 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro avaliou 3.139 estudantes da quinta série do primeiro grau à terceira série do segundo grau de escolas públicas, possibilitando comparar as taxas de uso experimental ao longo da vida com as de uso

habitual (últimos 30 dias). O estudo encontrou um consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias, respectivamente, de 77,7% e 19,5% para álcool; 34,9% e 4,6% para tabaco; 9,2% e 2,8% para inalantes; 7,1% e 1,6% para tranqüilizantes; 6,3% e 2,0% para maconha; e 1,9% e 0,6% para cocaína (CALDEIRA; LIMA; DIAS, 1998).

Entre os fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa auto-estima (MARQUESA & CRUZ, 2000). Em nossa prática cotidiana, os adolescentes referem também a busca de sensações prazerosas aliadas à curiosidade, como fatores desencadeantes de uso.

Vários aspectos envolvem a questão do alcoolismo e da drogadição em geral. A propaganda de bebidas alcoólicas, sempre condicionadas ao bem estar e ao prazer, certamente induz os adolescentes a experimentá-las. Some-se a isso sua venda, que mesmo proibida é liberada a menores, além da violência gerada pelo consumo excessivo; o tráfico, a produção e a distribuição de drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína e o crack; o uso de psicotrópicos sem critério terapêutico, aliado a irresponsabilidade e a ganância na comercialização dos mesmos e ainda, a falta de políticas sociais que expõem as crianças ao uso e a exploração sexual pelos adultos (VESPUCCI, 1999). Todos esses aspectos são da maior importância e devem ser vistos por especialistas de outras áreas. No entanto, poucas áreas no campo da saúde mental apresentam tantas dificuldades terapêuticas como as dependências químicas. Aqui, não há cura, mas tratamento; e não há tratamento único e padronizado, mas múltiplos tratamentos particularizados e individualizados (BERNIK, 1991 e KESSLER;

DIEMEN; SEGANFREDO; BRANDÃO; SAIBROL; SCHEIDT; GRILLO; RAMOS,. 2003).

Concordamos com os autores acima citados, quando falam de cura, pois entendemos que essa “cura” não existe. Para nós, o abuso ou dependência de substâncias psicoativas está relacionado com a forma encontrada por esses indivíduos de lidarem com suas questões existenciais. Relaciona-se a um comportamento assumido por estes durante anos, que cronificado vem a fazer parte de sua rotina. Romper com esse padrão de comportamento mal adaptativo, promover o encontro desses indivíduos com sua realidade mais íntima e favorecer mudanças de hábitos e atitudes que promovam e mantenham a abstinência, é o objetivo do trabalho terapêutico da equipe multidisciplinar do Centro de Convivência para dependentes químicos, local de realização deste estudo.

Apesar do uso milenar, foi apenas nos últimos duzentos anos que a possível relação problemática entre as substâncias psicoativas e seus usuários começou a ser estudada e debatida como uma questão de saúde. As concepções de abuso e de dependência não surgiram exatamente na forma como as conhecemos hoje. Na verdade sofreram e ainda sofrem um processo de evolução, ou seja, um amadurecimento gradativo decorrente dos avanços científicos.

Em março de 1940 o alcoolismo foi apontado como doença (BERTOLOTE & RAMOS, 1997), no qual fatores biológicos e bioquímicos tornariam o organismo destes indivíduos de alguma forma incompatível com o álcool. Esta visão de que existe uma predisposição interna e biológica ao alcoolismo se popularizou bastante, pois é o referencial teórico adotado pelos Alcoólicos Anônimos.

Pesquisas mais modernas mostram que essa visão biológica deve ser revista em vários pontos (KALINA; KOVADLOFF; ROIG; SERRAN; CESARMAN, 1999), principalmente no que diz respeito à falta de controle, pois esse modelo sugere que o alcoolista não pode beber uma gota sequer, pois isso lhe provocaria um desarranjo metabólico e ele não pararia mais de beber. É fato que a perda de controle existe, mas não deve ser atribuída somente a fatores biológicos e sim também as expectativas psicológicas que o alcoolista tem em relação ao álcool.

Os fatores biológicos são importantes, mas outras teorias tentam explicar o desenvolvimento da dependência química através de processos psicológicos que incluem tanto processos cognitivos (memória, atenção, pensamento) como fatores afetivos (sentimentos e atitudes).

Nos fatores sociais, encontramos os hábitos familiares, a cultura da sociedade (estimulando ou restringindo o consumo), os rituais e costumes da comunidade, a oferta da droga, informação, propaganda e outras diversas influências no desenvolvimento das relações do indivíduo com a droga (ROEBUCK, 1983). Essa observação levou a crescente valorização dos fatores sociais na gênese do alcoolismo sendo destacado o fato de que a ênfase dada às causas individuais minimiza a participação dos fatores sociais na determinação do alcoolismo, permitindo que a sociedade e a família, propriamente dita, não assumam a sua parcela de responsabilidade.

Nos últimos anos, com os avanços nos campos psicológico e social, o conceito de saúde foi sendo ampliado. Dessa forma, foi ampliado também o debate em relação ao uso abusivo e dependência de drogas com a valorização de todos os aspectos

envolvidos na questão. Esse recente debate, mais amplo e integrado, com as áreas de medicina, psicologia e sociologia trouxe novas perspectivas para a compreensão do abuso e da dependência de drogas. Essas novas perspectivas representam a possibilidade de abordagens mais adequadas às reais necessidades da população, integrando as questões de saúde com outras áreas envolvidas com o tema, como o direito e a educação (NOTO & FORMIGONI, 2002).

O Ministério da Saúde tem também considerado extremamente relevante, que o paradigma da redução de danos se incorpore à política pública para o álcool. Trata-se de uma estratégia abrangente, envolvendo, além da saúde pública, a educação, os meios de comunicação (com o inadiável controle da propaganda de bebidas), os órgãos que regulamentam o trânsito, as ações pedagógicas compartilhadas com os profissionais de bares e restaurantes, tudo isso sob a ampla perspectiva da redução dos danos e dos riscos sociais.

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (BUNING; GORGULHO; MELCOP; O’HARE, 2004, p.31). Esta é a definição mais sucinta e útil. Seu foco é no trato das conseqüências do uso de drogas em vez de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada droga. Ela pode ser aplicada tanto para drogas lícitas como ilícitas.

A proposta de redução de danos não incentiva nem fecha os olhos para o uso de drogas, pois reconhece que existem danos e conseqüências envolvidos e também

conforme definida acima, não rejeita a abstinência.

Atualmente faz-se necessário um enfoque mais abrangente, que leve em consideração a diversidade de usos e comportamentos, tanto em relação às substâncias, como ao contexto social em que tais usos ocorrem. Portanto, só podemos compreender o fenômeno dependência química se levarmos em consideração: a *substância psicoativa* e suas propriedades farmacológicas específicas; o *indivíduo*, com suas características biológicas e psicológicas e; finalmente, o *contexto sociocultural*, onde se realiza este encontro indivíduo e droga (SILVEIRA, 2002).

A partir do contexto sociocultural pensamos que alguns problemas possam vir a ser discutidos abrindo perspectivas para se repensar a relação do dependente de álcool ou drogas com suas famílias. Pensamos a respeito da família do dependente químico e do papel fundamental que esta exerce no processo de recuperação da dependência e na manutenção desta recuperação. É importante se conhecer a realidade do dependente químico e do seu modo de adoecer buscando as causas que o levaram ao uso e a possíveis recaídas (MAZUCA e SARDINHA, 2002), que podem ser muitas vezes provocadas pela inabilidade da família em lidar com o comportamento do seu familiar dependente, pois também necessita ser acolhida e acompanhada.

Os primeiros e principais problemas que surgem, e que devem preocupar os pais, não estão na esfera da saúde, mas no distanciamento afetivo entre pais e filhos, nas dificuldades de comunicação que contaminam outros aspectos da dinâmica familiar, e na esfera social, pelo fato do adolescente ser lançado num contexto marginal que favorece o uso de drogas ilícitas, sendo este meio mais nocivo que o próprio uso da droga em si (BEZERRA, 1999).

Nossa cultura popular, ajudada pelas teorias psicológicas do início do século, tem criado no imaginário da população que o adolescente para crescer tem de afastar-se dos pais. Dessa forma, erroneamente, a autonomia está associada a rompimento. No entanto, o crescimento também está profundamente associado à capacidade e maturidade para estabelecer e manter vínculos afetivos. E essa aprendizagem se faz fundamentalmente dentro do espaço familiar.

A família sempre foi vista como fator de risco ou como causa dos problemas dos filhos. Inúmeros artigos procuram associações do tipo causa-efeito que expliquem o uso de drogas do filho com: alcoolismo de um dos pais (ULLMAN & ORENSTEIN, 1994); a transmissão genética familiar (BIERUT; DINWIDDIE; BEGLEITER; CROWE; HESSELBROCK; NURNBERGER; PORJESZ; SCHUCKIT; REICH, 1998); a separação dos pais (NURCO; KINLOCK; O'GRADY; HANLON, 1996); a estrutura e relação afetiva familiar (METZIER; NOELL; BIGLAN; ARY; SMOLKOWSKY, 1994).

Nossa experiência clínica nos conduziu a considerar a família não como um entrave, um problema ou um fator complicador que deveria ficar fora do processo, mas como uma forte aliada como o principal instrumento no processo de resgate do indivíduo dependente químico. Embora pareça tão desprovida de recursos, é na família que encontramos grande parte da solução para seu problema (BEZERRA e LINHARES, 1999).

Considerando que os problemas das pessoas necessitam ser compreendidos não só individualmente, mas também dentro do contexto social em que ocorrem, possibilitou o desenvolvimento de diversas formas de tratamento que incorporam a

família, originando a terapia familiar com ampla diversidade de teorias e técnicas (FIGLIE; PAYÁ; KRULIKOWSKY; LARANJEIRA, 2002).

A inclusão da família no tratamento de dependentes químicos tem sido bastante estudada, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de abordagem a ser utilizada dentre as várias propostas. Estudos têm concluído que a terapia familiar e de casal produz um melhor desfecho quando comparado com famílias que não são incluídas no tratamento (SCHENKER e MINAYO, 2004). Dentro deste contexto, três modelos teóricos têm-se sobressaído com relação a intervenções familiares em dependência química: modelo da doença familiar; o sistêmico e o comportamental.

O modelo de doença familiar considera o alcoolismo ou o uso nocivo de drogas como uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família. Este modelo teve origem nos Alcoólicos Anônimos em 1940, Black (1982), quando refere que as expectativas de uma criança que cresce em uma família com histórico familiar de alcoolismo irão influenciar seu comportamento adulto. A partir desta época o tema passou a despertar maior interesse, sendo encontrados aproximadamente 400 estudos entre 1954 –1978, (STANTON, 1978) e pelo menos o dobro até 1988 (MACKENSON & COTTONE, 1992). Outros estudos têm demonstrado que a doença do alcoolismo manifesta sintomas específicos nas esposas e companheiros de dependentes químicos, dando origem ao conceito de co-dependências (BEATTIE, 1987).

Este modelo envolve o tratamento de famílias sem a presença do dependente (Grupos de Al Anon e Nar Anon), que são grupos de ajuda mútua, com o objetivo de entender os efeitos do consumo de álcool e drogas por parte dos dependentes nos

familiares e como reparar o que a convivência com um dependente faz na família, seguindo os princípios do A.A.

O modelo sistêmico considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. Nesta perspectiva, um dependente químico exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso o uso de álcool ou drogas faça parte do seu funcionamento e muitas vezes, a sobriedade possa afetar tal homeostase. A abordagem sistêmica trouxe o conceito do paciente identificado, no qual o sistema familiar pede ajuda para mudar o paciente sem interferir nas relações familiares, onde a pessoa sintomática parece ficar refém de uma família que resiste às mudanças (ANDOLFI; ÂNGELO; MENGHI; NICOL-CORRIGLIANO, 1984). Pesquisas têm demonstrado efeitos positivos dessa abordagem nas interações familiares e conseqüentemente no comportamento de dependentes químicos (KELLER; GALANTER; WEINBERG, 1997).

O modelo comportamental baseia-se na teoria da aprendizagem e parte do pressuposto de que as interações familiares podem reforçar o consumo de álcool e droga. O princípio é que os comportamentos são aprendidos e mantidos dentro de um esquema de reforçamento positivo ou negativo nas interações familiares. Abrange a teoria da aprendizagem social, modelo de comportamento operante e condicionamento clássico, incluindo os processos cognitivos (COLLINS; LEONARD; SEARLES, 1990).

O tratamento tem como objetivo a modificação de comportamento das interações familiares que podem servir como um estímulo para o consumo nocivo da

substância de uso ou desencadeador de recaídas, melhorando a comunicação familiar, a habilidade de resolver problemas e fortalecendo estratégias de enfrentamento que estimulem a sobriedade. Vários estudos têm demonstrado sucesso terapêutico na utilização dessa abordagem com famílias adictas e redução na utilização de substâncias de abuso (CATALANO; GAINEY; FLEMING; HAGGERTY; JOHNSON, 1999).

Para Freitas (2002), é comum que o fenômeno das drogas não seja percebido com facilidade em famílias que possuem estrutura geradora de patologias. Muitas vezes o quadro tem que se agravar para que os membros do grupo familiar percebam que estão inclusos na problemática da drogadicção. Muitos pais não notam que fazem parte do problema, quando questionam por que seus filhos se drogam. A origem de qualquer drogadicção está na falta do amor e no abandono (FIGLIE; FONTES; MORAES; PAYÁ, 2004).

São chamadas de famílias pré-adictivas (BLEFARI, 2002), aquelas onde os pais não conseguem exercer seus papéis adequadamente. A dinâmica desse tipo de família revela uma dificuldade dos pais em colocar limites claros, o que origina mensagens dúbias, contraditórias e prejudiciais à compreensão sobre os valores apresentados. Um exemplo típico para esse tipo de situação é a frase: “faça o que eu digo, mas não o que eu faço” , como no caso do pai ou mãe que bebe, fuma, ingere sedativos e briga com o filho para não fumar maconha.

A maioria dos pais tem dificuldades em estabelecer limites o que leva os adolescentes a terem pouca assertividade, pouca tolerância para frustração além de alimentarem a idéia distorcida de que não são amados, já que ficam ambíguos entre

leis e normas. O estabelecimento de limites é favorecido em uma relação onde existe confiança.

As famílias adictas têm o hábito de “terceirizar” suas responsabilidades em relação a seus filhos. Como se monitorar, supervisionar fosse algo mecânico que não precisasse ser construído através de uma relação de confiança. Quanto mais desengajada a família, maior risco os filhos tem de desenvolverem comportamentos anti-sociais (SCHENKER & MINAYO, 2003). Charboneau já afirmava na década de 80:

“[...] Existe uma relação direta entre a imersão do jovem na droga e a qualidade de vida que se vive. Não hesito em dizer que se o nosso tempo é o tempo da droga é porque a qualidade da vida familiar se diluiu. Vivemos um momento de desagregação da família e desta desagregação surge como consequência direta a imersão dos jovens na droga, sendo a droga meramente circunstancial ” (CHARBONEAU, 1983, p.82).

As abordagens que envolvem a unidade familiar têm como principal função a reconstrução do vínculo emocional entre pais e filhos, restabelecendo o canal de comunicação entre ambos.

A literatura aponta a importância da família na reabilitação do dependente. Em estudo de segmento com narcóticos em tratamento hospitalar, no estado de Nova York, foi encontrada a porcentagem de 90% de pacientes com idade em torno de 22 anos, que após a alta voltavam a morar com suas respectivas mães, enquanto 59% dos pacientes na faixa etária de 30 anos voltavam a morar com as mães ou parentes, como avós ou irmãos (VAILLANT, 1966).

Outros trabalhos mostraram que os dependentes químicos tendem a utilizar o lar como ponto de referência constante em suas vidas. Estudo com homens usuários de cocaína ou opiáceos na faixa etária de 30 a 42 anos mostrou que 82% mantinham um contato constante com sua família de origem por telefone ou pessoalmente e que

em 60% dos casos, o pai era ausente na infância. (GOLDSTEIN; ABBOTT; PAIGE; SOBEL; SOTO; 1977). Tal fato pode ter criado a necessidade prematura na criança em assumir responsabilidades adultas, contribuindo para o início do uso de drogas.

Um aspecto a ser considerado no tratamento do dependente químico é a reincidência ao uso do álcool ou droga, ou seja, a recaída, que é entendida como a volta ao padrão de consumo anterior. Qualquer técnica a ser escolhida no tratamento do dependente químico irá encontrar o mais difícil problema que é a manutenção da abstinência por parte do dependente, pois para eles não é difícil parar de usar e sim se manter sóbrio. Sendo assim, a recaída na vida do dependente, deve ser vista como um tópico importante a ser estudado, uma vez que representa primordial importância no seu processo de recuperação (MATOS; MESSIAS; VASCONCELOS; BASTOS; MATOS, 2006).

A moral que ainda permeia o campo da dependência faz com que a recaída do indivíduo seja vista como um ato de indisciplina, um fracasso. Geralmente a família tende a recriminá-lo e marginaliza-lo, quando deveria ser a primeira a se mobilizar para a formação de uma aliança em busca da sua recuperação. Deve-se ter como foco que, a dependência química é um transtorno crônico e pela sua própria natureza tem grandes tendências a lapsos e recaídas, por este motivo, enfrentar e aprender com as recaídas constitui um aspecto extremamente importante na recuperação do alcoólico (KNAPP, 1993).

Ao refletirmos sobre a influência da família no processo de recuperação do dependente, levantamos a hipótese de que se a família estivesse mais presente no processo de restabelecimento, dando-lhe apoio, afeto e reeducação para uma volta à

convivência familiar, talvez diminuísse a reincidência ao uso da substância psicoativa.

Alguns indivíduos são capazes de manterem-se em abstinência total de substâncias psicoativas durante anos. Porém muitas vezes, mesmo mantendo anos de abstinência e controle, o indivíduo falha nesta manutenção do comportamento desejado (não utilizar álcool ou droga), tendo a recaída. Talvez, este fato esteja relacionado à característica da própria dependência química ser um tipo de transtorno crônico com tendências naturais a acontecerem lapsos ou recaídas (KALINA, 1999). Ou ainda, pelo fato de existir algum fator externo que ocasione a recaída, como estamos considerando o apoio familiar no presente trabalho.

É importante considerar que quanto mais favorável e compreensivo for o ambiente o qual o indivíduo estiver inserido, maior será o sucesso de sua abstinência. Este apoio não significa paternalizar a relação com o dependente, reforçando, assim, seu comportamento inadequado, pois quanto mais colo ele obtiver, menos pensará sobre suas atitudes e fará por si mesmo. Este apoio pode ser um ambiente mais saudável, o qual o indivíduo esteja incluído e aceito nesta família, conseguindo, assim, compreender seu problema e manter-se abstinente.

Um outro dado importante é a forma como as famílias reagem diante da recaída do familiar: com muita tristeza, indignação e desprezo da situação, não assumindo sua parcela de responsabilidade, como nos aponta. Este tipo de comportamento colabora para a auto-imagem de que o indivíduo é um fracassado e incapaz.

Sempre observamos na nossa prática, que os dependentes colocam suas famílias em um patamar de importância muito grande para o alcance e manutenção da

abstinência. No entanto, sempre referem que suas famílias poderiam estar ajudando mais na recuperação, compreendendo e tendo confiança na sua melhora, ao invés de ficarem cobrando ou ignorando que o fato existe e que elas não fazem parte dele.

Acredita-se que existam estilos diferentes de enfrentamento que cada família adota para encarar a dependência química. Um destes estilos poderia ser o de afastamento, onde o contato com o doente é minimizado ao extremo e há uma esquivia emocional e física do mesmo. É comum as famílias dizerem que não vão mais cuidar do familiar, pois já sofreram demais e que agora cuidarão de suas próprias dores. Além disso, tem a esposa que tenta controlar o comportamento do marido com ameaças de deixá-lo.

Um outro estilo de enfrentamento seria o de mimar o doente, onde a família age passivamente e com conformismo diante da doença. Talvez o estilo mais produtivo seja o da busca de uma ajuda construtiva, pois desta forma, a família conseguiria manter sua auto-estima preservada e caminhar para o crescimento de uma relação saudável. Esta ajuda pode ser caracterizada, por exemplo, pelo comportamento de procurar um tratamento tanto para o indivíduo dependente como para família, pois esta deve admitir que está sofrendo os efeitos da doença do outro. Desta forma, pensando sobre estes estilos, pode-se notar o quanto é desgastante enfrentar a doença da dependência química, tanto do ponto de vista emocional como da realidade de vida de cada um, e o quanto é importante que o usuário e a família estejam engajados em um tratamento contínuo e concomitante.

Na verdade, a abordagem familiar em dependência química como forma de tratamento é recente. Vários modelos vêm sendo utilizados por terapeutas familiares,

sendo que cada um vem descobrindo a sua própria mistura, utilizando-se de uma variedade de idéias e práticas diferentes (ASEN, 1997). Sem dúvida, a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é fundamental nos programas terapêuticos. Contudo não foi ainda estabelecida até o momento uma abordagem de maior eficácia nessa área.

Na década de 90, houve um crescimento das terapias focadas na solução, onde o foco não é examinar as causas da doença ou disfunção, e sim dar ênfase às soluções. Esse método parece ser de fácil aprendizagem e aparentemente traz resultados rápidos porque se concentra no problema, sendo bem aceito pelos familiares e dependentes, pois não atribui responsabilidades implícitas. Os sintomas são tratados como se existissem no indivíduo e na sua família. Neste contexto, os problemas do paciente ou da família são colocados numa estrutura de significados, possibilitando novas formas de comportamentos. O terapeuta não deve preocupar-se em ser neutro e sim em ficar o mais próximo possível do grupo, utilizando-se de orientações, informações, sugestões, incentivos, proibições, entre outras atitudes (FIGLIE; PILON; DUNN; LARANJEIRA, 1999).

Acredito que a abordagem focada na solução é bem aceita pelo familiar do dependente químico e a utilizamos na nossa prática diária. As famílias nunca chegam procurando ajuda para si e sim para o familiar dependente, que é a causa da desestruturação e do sofrimento familiar. O foco do nosso trabalho não é o que levou essa família a buscar ajuda, pois isso já é evidente, e sim que soluções temos a oferecê-la. Os familiares ao serem acolhidos, ouvidos, informados e orientados tornam-se mais aptos a lidarem com a cronicidade da dependência tornando-se aliados na recuperação

do seu familiar.

O que as pessoas esperam de uma terapia breve ou de um grupo de apoio depende do quanto elas estão envolvidas e afetadas com a situação do uso de drogas, podendo ocorrer variações entre diversos tipos de pessoas, culturas subculturas, e grupos étnicos. Para Lockley, 1996, o tipo de suporte pode ser decidido com base no tipo de envolvimento, mas em geral é esperado que as pessoas:

- sintam-se mais contentes, menos preocupadas e ansiosas, visualizando situações positivas facilitadoras de sua saúde mental.
- não estejam sempre zangadas ou frustradas e demonstrem capacidade para falar de seus sentimentos, já que falar sobre estes, faz com que se aparelhem melhor para lidar com sentimentos negativos, como a violência, ou até mesmo evita-la.
- sintam-se melhores e descubram outras formas saudáveis de diálogo, sem ter que falarem o tempo todo sobre álcool ou drogas.
- possam perceber que podem fazer algo, ou simplesmente aceitarem o fato de que não podem fazer nada em determinadas situações.
- tentem fazer o melhor para si mesmo e para a família levando em conta as necessidades individuais de todos os envolvidos.
- estejam abertas para ouvir, pois muitas vezes isso pode se terapêutico, tendo a capacidade de falar para os outros sobre seus problemas e sobre o que pode ser feito, sem sentirem-se chateadas caso as coisas não aconteçam como o esperado.
- tentem sair e se divertir sem sentirem-se culpadas por terem bons momentos, tornando-se aptas a realizarem atividades fora do lar.

Tendo em mente algumas destas idéias e baseado em experiência semelhante de um serviço já existente na Unidade de Pesquisas de Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, referência nacional para o tratamento da dependência química (FIGLIE, 2001), foi criado o Serviço de Orientação Familiar do Centro de Convivência para dependentes químicos de um hospital psiquiátrico público em Fortaleza-CE. A estrutura de algumas sessões foi modificada e adaptada à realidade do serviço local.

Em estudo realizado com 170 pacientes em tratamento no biênio 2000/2001, no referido centro, obteve-se, dentre outros, os seguintes resultados: população predominantemente masculina (91,2%), maior prevalência de idade em tratamento, entre 15 e 25 anos (54%), 137 (80,4%) não freqüentam escola e 76% não estavam trabalhando por ocasião da entrevista inicial. Com relação a distribuição do número de pacientes por substância de uso, em 35% dos casos havia utilização concomitante de 4 ou mais tipos de drogas, seguido do álcool (29%). A preferência por substância de início de uso foi o álcool (41%), seguindo-se da maconha (28%), sendo o início do uso, (49%) entre 10 e 14 anos. Dos pacientes que procuraram o serviço, (67%) foi por demanda espontânea, 40% tiveram alta melhorada, entendendo-se tal critério como o cumprimento do programa terapêutico por no mínimo três meses sem recaídas, quando então passaram a ter acompanhamento ambulatorial, 36% abandonaram o tratamento antes do tempo previsto (MATOS, 2003). As características destes pacientes não mudam muito, sejam eles assistidos nos mais diferentes tipos de programas, estando os aspectos comentados aqui, presente na grande maioria dos casos.

Para participação no Grupo de Orientação Familiar não é necessário que o paciente esteja em tratamento no Centro de Convivência. Em muitos casos, os pacientes abandonam o serviço e suas famílias permanecem acompanhadas, com o objetivo de estimular a volta desse paciente ao tratamento e conseqüente melhora no relacionamento familiar. Também continuam acompanhadas, as famílias cujos pacientes são transferidos para desintoxicação do Núcleo de Atenção ao Dependente Químico do hospital, ou ainda famílias que procuram o serviço para maiores informações sobre o uso de substâncias psicoativas cujos pacientes não estejam em tratamento.

O grupo representa uma alternativa de trabalho de orientação e sensibilização familiar, segundo o modelo cognitivo, e tem por objetivo melhorar a qualidade das relações familiares, obtendo ganhos tanto para os familiares quanto para a recuperação dos pacientes dependentes.

O Grupo de Orientação Familiar foi criado em 2002 devido a necessidade de acolher familiares de dependentes químicos assistidos no referido centro, que sempre procuravam a equipe com dúvidas e aflições sobre: recaídas dos dependentes; desistência do tratamento; dificuldades em adotar condutas que auxiliassem no tratamento e de lidar com condutas que atrapalhavam na recuperação do paciente como: dar dinheiro, policiar intensivamente, fiscalizar, ameaçar, entre outras; ansiedade no trato com o paciente e inabilidade de conviver com outros sentimentos negativos tais como: culpa, medo, mágoa, preconceito, etc.

Os atendimentos no Grupo ocorrem semanalmente, com duração aproximada de 90 minutos, com oito sessões estruturadas previamente de acordo com

as demandas familiares. Pode participar do grupo mais de um familiar de um mesmo paciente sem a presença do mesmo. O grupo é coordenado pela autora desse estudo e outro profissional de nível superior da equipe de trabalho do Centro de Convivência. O grupo não se restringe a família biológica podendo participar pessoas que mantêm vínculo estreito com o paciente. Ao término das oito sessões é reiniciado um novo grupo. As famílias que possuem mais de duas faltas são desligadas e convidadas a participar do grupo posterior. No grupo fechado, são aplicadas técnicas como: dinâmicas de grupo, debates acerca dos temas referentes à sessão, leitura de textos e música. A estrutura das sessões é seqüenciada e assim distribuída:

Sessão 1: Contrato Terapêutico e Queixa

Geralmente os familiares chegam ao grupo com muita ansiedade, medo e ambivalência. Trazem dúvidas em relação ao tratamento, hostilidade e atribuição ao terapeuta de poderes mágicos para resolver seus problemas, entre outros. Daí a necessidade de ouvir a queixa inicial dos familiares, tentando trabalhar o reconhecimento destes sentimentos e explicar que o objetivo do tratamento é o cuidado com o familiar, e o aprender a lidar com a impotência/potência frente ao tratamento do dependente.

O contrato deve ser objetivo, explícito e claro para justificar um adequado vínculo terapêutico com o familiar, que deverá estar vinculado ao terapeuta, independente do que possa acontecer ao paciente. Deve incluir os seguintes itens: objetivo do tratamento, prazo de duração, sigilo para com os membros do grupo e terapeuta, horário e local das sessões, aviso prévio das impossibilidades de comparecimento sendo que com um número superior a duas faltas, o familiar é

convidado a participar de outro grupo. Um contrato bem feito, com normas claras e definidas, funciona como garantia inicial para que o trabalho possa ser desenvolvido (ZEMEL, 2001).

Sessão 2: Abordagem das Emoções (reações típicas) – Razões que levam ao uso e comportamentos indicativos

Algumas reações típicas dos familiares são: sentimento de traição; sentimento de culpa; vergonha de familiares, amigos, vizinhos, etc; comparações entre o dependente e outras pessoas. O objetivo dessa sessão é trabalhar estas reações, fazendo os familiares perceberem quando, onde e por que os têm, levando em conta os sentimentos que os usuários/dependentes provocam no âmbito familiar, para que esta transferência possa ser percebida e interrompida.

São vários os motivos que levam ao consumo ou uso abusivos de álcool ou drogas, variando muito de pessoa para pessoa. Deve-se enfatizar os seguintes itens: curiosidade, pressão de colegas e/ou necessidade de aceitação no grupo, conflitos pessoais ou emocionais, dificuldades escolares, sociais, profissionais e/ou familiares.

Devido á presença de familiares que desconfiam do consumo de drogas, são apontados comportamentos e estes são discutidos em grupo, favorecendo a troca de experiências entre familiares que já passaram por esta fase, com familiares em estágios iniciais. São eles: súbita queda no rendimento escolar ou no trabalho; não cumprimento de horários e faltas em compromissos (escola, trabalho, lazer); segredos sobre o que faz; convívio inesperado com pessoas com características diferentes; pedidos insistentes de dinheiro; roubos na escola, em casa ou no emprego; falta de motivação para efetuar as atividades diárias ou prazerosas; sintomas físicos de uso e de

abstinência.

Discutir as reações típicas (sentimentos) de quem tem um familiar que usa álcool ou droga mostrando que essas reações são comuns a todos os familiares de dependentes, questionando quando, onde e por quê as têm. Fazê-los perceber que estes sentimentos que eles sentem, são provocados pelo seu familiar usuário/dependente, permitindo que esta transferência possa ser percebida e interrompida.

Discutir os vários motivos que levam ao consumo ou abuso de substâncias e fazê-los perceber que eles não são o motivo pelo qual o familiar procura usar drogas, livrando-os do sentimento de culpa. Não reduzir o familiar a um drogado ou alcoólatra. Quando o familiar confunde o parente com a droga ou álcool é inevitável o atrito. Mostrá-los que não se pode confundir o filho, marido, etc, com o comportamento apresentado por este quando usa. Fazê-los perceber que o filho, marido, etc, continua sendo aquela pessoa maravilhosa que eles sempre tiveram, e que estão momentaneamente (comparado com a eternidade) separados deles, pelos sentimentos de fracasso, impotência, culpa, vergonha, quebra de respeito, ocasionados pelo consumo. E que tudo isso leva a uma comunicação com agressividade. Fazer a separação da pessoa maravilhosa (antes do uso), com o comportamento atual provocado pelo uso, é que vai permitir criar um canal de amorosidade e comunicação, condição fundamental para parada do uso.

Sessão 3: Modelos dos Estágios de Mudança (Dinâmica da Personalidade)

Os estágios de mudança partem de duas suposições básicas:

a) mudança no comportamento do dependente envolvendo o movimento através de uma seqüência de estágios

b) os diferentes processos de mudança tornam-se acentuados nos diferentes estágios, promovendo uma progressão sequencial.

Os estágios de mudança foram descritos primeiramente como uma porta giratória (PROCHASKA & DI CLEMENTE, 1986). Recentemente, (PROCHASKA & DI CLEMENTE, 1992) apresentaram um modelo em espiral que possibilita uma ilustração mais fidedigna de como a maioria das pessoas se movimenta através dos estágios, sendo que este modelo permite ao indivíduo voltar ao estágio inicial mais de uma vez.

No estágio de pré-contemplação, a pessoa não está considerando ainda a mudança. De um modo geral, a pessoa neste estágio, sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado resistente ou em negação.

Quando alguma consciência sobre o problema aparece, a pessoa entra no estágio seguinte, o de contemplação. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita e é nessa fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo a decisão de mudar.

Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de preparação, no qual está pronta para mudar. Faz parte deste estágio: aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação.

O estágio seguinte é o da ação, no qual o cliente já muda e usa a terapia como um meio de assegurar-se do seu plano para ganhar auto eficácia e finalmente para criar condições externas de mudança.

O processo todo, nos pacientes com comportamentos dependentes, pode durar de três a seis meses, já que, nestes casos, o novo comportamento (o de

abstinência), geralmente demora um tempo para se estabelecer. O grande teste para se comprovar a efetividade da mudança seria a estabilidade neste novo estágio por anos, que no processo de mudança, se chama manutenção.

Os estágios seguem uma ordem seqüencial, onde a recaída pode sempre ocorrer, obrigando novamente o dependente a passar pelos mesmos estágios de mudança (o que varia de acordo com o caso), antes de atingir a manutenção a longo prazo.

A recaída não é considerada um estágio de mudança, mas sim como um evento que marca o final do estágio de ação ou manutenção (DI CLEMENTE, 1993). Estes conceitos são transmitidos aos familiares, clarificando o papel da recaída como parte do processo de mudança.

Nessa sessão é importante informar aos familiares que o paciente procura o tratamento com muita ambivalência. Ou seja, eles vivem a experiência de um conflito psicológico, para decidir entre dois caminhos diferentes, parar, ou continuar usando. Essa ambivalência quanto a mudança de comportamento é difícil de ser resolvida porque cada lado do conflito tem seus custos e seus benefícios.

Explicar o conceito de motivação, como um estado de prontidão ou vontade de mudar (prontidão para mudança), sabendo que essa mudança se faz através de um processo e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. Uma vez atingida alguma mudança não significa que a pessoa se manterá nesse estágio: muitas pessoas acabam recaindo e tendo que recomeçar o processo novamente e nem sempre esse recomeço ocorre pelo estágio inicial. O espiral de Prochaska pressupõe um movimento ascendente, isto é, se o dependente recair várias vezes e tiver que passar repetidamente

pelas diferentes fases, isto não significa que estará no mesmo lugar ou regredindo, mais ele estará mais experiente e mais próximo do fim do processo.

Enfatizar a recaída como um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábitos nas dependências. Em termos médicos, a recaída seria a recorrência dos sintomas da doença após um período de melhora. Adaptando este conceito as dependências, a recaída seria então, um retorno a níveis anteriores de uso, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir este uso, ou apenas o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo (MARLATT & GORDON, 1985).

É importante encarar a recaída não como um fator isolado, mas sim como uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos. Ainda, a recaída deve ser encarada como um estado de transição, que pode ou não ser seguido de melhora. Diferenciar lapso de recaída também faz parte dessa sessão.

Sessão 4: Identificando Pensamentos

Nessa sessão são discutidas as várias situações de risco que podem surgir no cotidiano das pessoas. Pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos ocorrem o tempo todo durante o dia, apesar de muitas vezes nem se perceber isso. Tal fato pode levar os indivíduos aos poucos, a tomarem decisões aparentemente irrelevantes que, em uma série encadeada, direcionam as ações e comportamentos inadequados. É importante a identificação diária dessas situações (atitudes de risco), para não ser engolfado por uma cadeia de eventos que, supostamente, parecem não ter importância, mas que só reforçam o uso do familiar dependente / usuário.

Sessão 5: O que Fazer para ajudar e comportamentos a serem evitados

Nesta sessão são discutidos, em grupo, alguns comportamentos a serem evitados, tais como: expulsar o dependente/usuário de casa, julgar o dependente/usuário como único culpado, policiar intensivamente. Deixa-se espaço para que o próprio grupo cite outros comportamentos que julgar necessários.

A grande questão é: o que fazer? Tal fato é discutido no grupo e de maneira particular em cada caso. De forma geral, são seguidas as premissas seguintes: mostrar preocupação, dizendo o quanto o dependente é importante para a família; mostrar as consequências do consumo de droga; prestar os socorros necessários em casos graves; estabelecer limites; procurar conversar sobre outros aspectos da vida do dependente, evitando falar apenas da droga; respeitar os valores do dependente, evitando impor valores próprios; evitar comparações com outras pessoas tidas como modelos a serem seguidos; procurar auxílio especializado sem se deixar levar por um sentimento de fracasso; acreditar na recuperação.

Sessão 6: Sessão Informativa

Nesta sessão são apresentados os tipos de drogas mais utilizados no Brasil (álcool, crack, cocaína e maconha), forma de utilização, seus efeitos e vias de administração. Também são transmitidos os conceitos de dependência, tolerância e síndrome de abstinência. Neste contexto, são discutidas as dificuldades físicas e psicológicas para se atingir a abstinência e o papel das recaídas, bem como formas de tratamento existentes: A. A, N. A, internação, tratamento ambulatorial, psiquiátrico, psicológico e religioso, além de aconselhamento informal.

Os conceitos são apresentados em linguagem simples através de transparências. Durante a explanação os familiares são estimulados a participar com perguntas sobre o

tema abordado.

Sessão 7: Apresentando Al Anon e Nar Anon

Apresentação dos representantes dos grupos Al Anon e Nar Anon, e qual objetivo de suas presenças no grupo de orientação aos familiares. Deixar que os representantes falem sobre os respectivos grupos de mútua-ajuda e promover debates e questionamentos despertando interesses nos familiares em conhecerem os grupos. Enfatizar a importância e a necessidade de continuidade deste tratamento, após término do Grupo de Orientação do Elo de Vida

Sessão 8: Plano de Ação para cada Caso

Define-se metas específicas para cada familiar. O terapeuta não deve impor estas metas, mas deve orientar a resolução daquelas atingíveis e razoáveis que possam auxiliar na recuperação da saúde mental tanto da família quanto do dependente. Neste momento, é comum a realização de encaminhamentos para psicoterapia individual ou familiar, encaminhamento médico em casos de depressão ou ansiedade extrema e indicação de trabalho, estudo ou atividade de lazer para o familiar. Por fim, abre-se um espaço para discutir a participação no grupo, críticas e sugestões.

Discute-se a necessidade de continuidade do tratamento dado aos familiares no Grupo de Orientação iniciado no serviço, através de outros grupos de mútua-ajuda. Incentivar mudanças de hábitos e estilos de vida com indicações de: estudo, trabalho, atividades de lazer para o familiar, etc. Distribuição de folders de Al Anon e Nar Anon e outros locais de atendimento para atendimento psicoterápico, a preços populares.

Nossa experiência com dependentes químicos e familiares durante oito anos nos conduziu à alguns questionamentos e inquietações. No início da nossa prática não

atendíamos as famílias, exceto na entrevista inicial e colocávamos o serviço à disposição do familiar caso ele precisasse. O interessante foi perceber com o passar dos anos que esse “precisar” do familiar nunca acontecia, pois os mesmos não se viam implicados no processo de recuperação do paciente, delegando à equipe toda a responsabilidade em motivar e manter o paciente no serviço. Iniciamos então o atendimento a familiares através de rodas de conversa, onde entravam e saíam familiares sempre que quisessem. É certo que teve sua importância até para o crescimento profissional da equipe, mas precisávamos ir mais além. Ouvi-los era terapêutico sim, mas não sentíamos a família implicada e aliada no tratamento. Faltava-lhes informação sobre a dependência química em si e orientações sobre como conviver com os sentimentos advindos do comportamento dependente do familiar.

Iniciamos em 2002 nosso primeiro Grupo de Orientação Familiar com sessões estruturadas às necessidades dos familiares. Percebemos as famílias mais contentes e menos preocupadas após as sessões e melhoras em ambos, família e paciente, com o tratamento realizado conjuntamente. Desmistificam-se conceitos errôneos sobre dependência química, crenças e valores distorcidos sobre o comportamento dependente, diminuindo o sentimento de culpa e mágoa por acharem-se impotentes perante a situação.

Foram realizados 16 Grupos de Orientação Familiar, no período 2002-2006 que não serão objetos de estudo deste trabalho. O trabalho em questão pretende avaliar sob a ótica da família do paciente (em tratamento ou não no serviço), quais os reais benefícios que as orientações e informações abordadas durante as sessões trouxeram para o reequilíbrio da dinâmica familiar. Utilizando a técnica do Grupo Focal algumas

questões serão avaliadas após o término das oito sessões do Grupo de Orientação Familiar tais como:

- O paciente ficou mais estimulado para sua recuperação?
- O relacionamento familiar melhorou? Em que aspectos?
- É mais fácil para o paciente aderir ao tratamento quando a família é trabalhada conjuntamente?
- Diminuem as recaídas, quando a família melhor entende a dependência química?
- Como a família via à dependência química? Como vê após o grupo?
- Preconceitos, crenças e atitudes que favorecem o uso foram modificados?

Existem inúmeros trabalhos publicados sobre o tema família e dependência química no Brasil e no mundo, no entanto não encontramos nenhum artigo científico publicado a respeito dessa temática aqui no estado do Ceará. Portanto, além da relevância e originalidade do tema para os serviços locais, acreditamos que esse trabalho possa vir a contribuir para o entendimento global da dependência química e sua estreita relação com os familiares dos dependentes, de forma a proporcionar uma avaliação dos serviços existentes e propor intervenções mais eficazes nessa área da saúde mental onde ainda se apresentam tantas dificuldades terapêuticas.

A Política do Ministério da Saúde reforça a necessidade da criação de uma Rede de Atenção para as pessoas que apresentam diferentes problemas relacionados ao álcool e outras drogas. A isso se chama **cuidado integral**, uma das maiores preocupações do SUS e propõe que a Rede não inclua apenas profissionais e serviços de saúde, mas também “(...) *familiares, (...) organizações governamentais e não*

governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente...” (BRASIL,2004a)

Esperamos portanto que esse trabalho venha a contribuir para a compreensão política da importância de inclusão do sistema familiar nas práticas preventivas e de tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, fortalecendo dessa forma a Rede de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas proposta pelo Ministério da Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o Grupo de Orientação Familiar desenvolvido em um Centro de Convivência para dependentes químicos de um hospital psiquiátrico público do Ceará, de acordo com a percepção dos familiares participantes.

2.2 Específicos

- Identificar o que ocorre no Grupo de Orientação Familiar, destacando as diferenças, convergências, situações de risco e atitudes, dentre os participantes.
- Comparar o comportamento dos participantes do Grupo de Orientação Familiar (antes e após o término das sessões), com relação as seguintes variáveis: expectativas, sentimentos, conceitos/motivos e condutas familiares adotadas no tratamento da dependência química.
- Descrever:
 - os sentimentos dos familiares, em relação ao comportamento do dependente químico, seu modo de adoecer e sua relação estabelecida com a droga.
 - as relações entre pacientes-familiares-profissionais durante a realização Grupos de Orientação Familiar.

3. METODOLOGIA

3.1 A Natureza do Estudo

O delineamento desta pesquisa baseia-se em investigações do tipo descritiva com abordagem qualitativa sobre a dependência química, e sua relação com a família do dependente.

Os estudos de natureza descritiva têm como foco essencial o desejo de aproximar-se ao máximo da comunidade estudada, conhecer sua gente, seus traços característicos e seus problemas, pois pretende “descrever com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Os estudos descritivos exigem do investigador, para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados. A população e a amostra devem, ser claramente delimitadas, da mesma maneira, os objetivos do estudo, os termos e as variáveis, as hipóteses e as questões da pesquisa (TRIVIÑOS, 1994).

A pesquisa qualitativa é a que melhor instrumentaliza no desvendamento de estudos que envolvem significados, crenças valores e atitudes. Minayo afirma que:

“[...] A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1999, p. 21-22)

3.1.2 Campo e período da pesquisa

O presente estudo foi realizado em um Centro de Convivência para dependentes químicos de um hospital psiquiátrico público em Fortaleza-CE, em 2007.

O Centro de Convivência é um dos serviços que compõe o Núcleo de Atenção ao Dependente Químico do hospital, juntamente com a Unidade de Desintoxicação e o Centro de Estudos e Pesquisas para o Álcool e Outras Drogas. Criado em Junho de 1995 representa uma proposta de transformação do dependente químico em uma pessoa autônoma, capaz de realizar um projeto de vida construtivo, de aprender a estar bem consigo mesmo e com os outros, dispensando o uso de substâncias psicoativas. Trata-se de um serviço de referência para o estado do Ceará, funcionando em tempo integral de segunda a sexta-feira, enfocando a prevenção da recaída, tendo como referencial teórico e prático a terapia cognitivo-comportamental. Utiliza ainda, a capacitação profissional como recurso terapêutico para manutenção da abstinência. O serviço propõe uma terapia breve, com tempo de tratamento de no mínimo 03 e máximo de 08 meses, quando então o paciente passa a ser acompanhado em ambulatório especializado.

O serviço é composto por uma equipe multiprofissional composta de: médico psiquiatra, enfermeira, assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional, além da equipe de apoio: auxiliar de enfermagem, serviços gerais e recepção.

3.1.3 Participantes da Pesquisa

O Centro de Convivência atende cerca de 30 pacientes e conseqüentemente o mesmo número de famílias, portanto, um número maior do que o sugerido para uma boa condução da técnica de Grupo Focal, que é de até 12 participantes (VELASQUEZ;

MAURER; CROUCH; DI CLEMENTE, 2001). Então, como estratégia de operacionalização do grupo foram selecionados os participantes do estudo entre o mínimo de oito e máximo de doze familiares. A seleção das famílias foi condicionada à decisão voluntária do familiar em participar ou não da pesquisa.

Como critérios de inclusão, participaram da pesquisa todos os familiares que estavam com algum membro da família em tratamento à época do estudo, não ultrapassando o número permitido para a realização da técnica de Grupo Focal. Todos os familiares selecionados eram maiores de 18 anos. Todos os pacientes que estavam em tratamento no Centro de Convivência à época do estudo, foram informados da participação do seu familiar na pesquisa.

A amostragem qualitativa não privilegia o critério numérico, mas, sim a capacidade de refletir a totalidade do fenômeno nas suas múltiplas dimensões. Os componentes da amostra são os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer (MINAYO, 1993). Embora esses sujeitos possibilitem um melhor entendimento de um fenômeno pouco conhecido, os dados encontrados no estudo não podem ser generalizados a outras populações diferentes da estudada.

3.1.4 Técnicas e Instrumentos para Coleta de Dados

Do repertório de procedimentos de pesquisa qualitativa, foi utilizada na condução deste estudo, a técnica do Grupo Focal. Embora o Grupo Focal seja bastante antigo, sua utilização por pesquisadores da área de saúde, ou mesmo em qualquer outro setor do conhecimento acadêmico é relativamente recente. Proposto primeiramente pelo cientista social Robert Merton, na década de 50, o grupo focal foi ignorado pelos pesquisadores universitários. O mesmo não aconteceu entre os

pesquisadores de "marketing", que imediatamente o incorporaram como uma de suas mais valiosas técnicas de pesquisa, seja pelo seu relativo baixo custo, seja pela rapidez com que o grupo focal fornece dados válidos e confiáveis (CARLINI-COTRIM, 1996).

Na área de saúde, o Grupo Focal tem sido mais consistentemente usado a partir dos meados dos anos 80. Conforme resultado de consulta realizada na base de dados Medline, praticamente inexistiam estudos publicados até 1984 que utilizassem grupo focal. Em compensação, os últimos cinco anos (1990-1995) foram marcados por um expressivo aumento de pesquisas utilizando o método, com uma média de dois trabalhos publicados por mês.

Dentre os 153 trabalhos com Grupo Focal localizados no Medline, os Estados Unidos lideram, com o maior número de publicações (n=73). As publicações restantes são distribuídas de maneira relativamente equilibrada (1 a 8 trabalhos) entre outros 25 países. O Brasil é representado em duas publicações ambas realizadas em colaboração com investigadores norte-americanos (CARLINI-COTRIM, 1996).

O Grupo Focal é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços (KRUEGER, 1988).

Trata-se de um tipo especial de grupo em termos do seu propósito, tamanho, composição e dinâmica. O Grupo Focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora, não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. Diferentemente, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para

produzir dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador, que vai ser no caso, o diretor do grupo (MORGAN, 1988). Uma vez conduzido, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico (por isso Grupo *Focal*).

Os pesquisadores que utilizam essa técnica partem do pressuposto de que a energia gerada pelo grupo resulta em maior diversidade e profundidade de respostas; isto é, o esforço combinado do grupo produz mais informações e com maior riqueza de detalhes do que o somatório das respostas individuais. Resumindo, a sinergia entre os participantes leva a resultados que ultrapassam a soma das partes individuais (MUZA e COSTA, 2002).

O Grupo Focal foi utilizado como estratégia de coleta de informações condicionada à anuência do diretor da instituição, onde foi realizada a pesquisa, através da Carta de Solicitação para Entrada no Campo (Apêndice A) e anuência dos participantes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando-se as questões éticas que subsidiam as pesquisas com seres humanos respaldadas pela resolução 196/96. (Apêndice B). O projeto foi também submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (Anexo 1) e Comitê de Ética do hospital psiquiátrico público onde será realizado o estudo.

Participaram do Grupo Focal, 12 familiares que aceitaram o convite feito por telefone, ofício/convite ou mesmo pessoalmente, por ocasião da entrevista de triagem do paciente, com o familiar acompanhante. Foram realizados dois Grupos Focais com a população estudada, sendo o primeiro, uma semana antes do início do Grupo de Orientação Familiar e o segundo, após o término da última sessão do Grupo

de Orientação Familiar. Os grupos tiveram duração de 02 horas cada, e, ocorreram em uma sala disponibilizada pelo próprio serviço, com garantia de conforto e privacidade para o grupo.

Após serem recebidos e acomodados foram expostos aos participantes os propósitos do Grupo Focal e a dinâmica das sessões que incluiu:

- (1) apresentação dos participantes;
- (2) aquecimento, utilizando uma técnica de dinâmica de grupo;
- (3) preenchimento de ficha com dados sócios demográficos: nome (foi preservado no resultado final do estudo), idade, sexo, escolaridade, etc, (Apêndice C - Parte I).

Nos Grupos Focais que foram realizados (antes e após o Grupo de Orientação Familiar), as questões abordadas foram baseadas nos objetivos específicos desse estudo e foram as mesmas para os dois grupos, com o objetivo de se perceber as possíveis diferenças nas respostas antes e após a realização do Grupo de Orientação Familiar, conforme orientação bibliográfica (FIGLIE; PILON; DUNN; LARANJEIRA, 1999).

Ao final dos dois encontros, ou seja, dos dois Grupos Focais realizados, as fitas gravadas e as anotações feitas pelo pesquisador, foram transcritas e após passarem por todas as fases de análise, serviram de base para apresentação dos resultados.

A coleta de dados através de Grupo Focal tem como uma de suas maiores riquezas, basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (KRUEGER, 1988). Ela contrasta, nesse sentido, com dados

colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o sujeito é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez ele nunca tenha pensado a respeito anteriormente. As pessoas em geral precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. E, constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas à discussões de grupo (MORGAN, 1988). É exatamente este processo que o grupo focal tenta captar.

O instrumento de coleta de dados deste estudo baseou-se em um Roteiro Temário que abordou os seguintes temas (Apêndice C – Parte II):

- Expectativas do familiar em relação ao Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química
- Sentimentos presentes no familiar antes e após o Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química
- Conceitos e Motivos para o desenvolvimento da Dependência Química
- Tratamento da Dependência Química

3.1.5 Análise dos Dados

A etapa mais difícil da técnica do Grupo Focal é, sem dúvida, a análise dos resultados, pois não é suficiente repetir ou transcrever o que foi dito. Os dados colhidos através de Grupos Focais são de natureza qualitativa. Isto implica a necessidade de se analisar os dados também de forma qualitativa. Ou seja, não há tratamento estatístico envolvido, mas um conjunto de procedimentos que visam a organizar os dados de modo que eles revelem, com a objetividade e isenção possíveis, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta (CARLINI-COTRIM, 1996).

Para realizar uma análise adequada de dados qualitativos, é importante que o avaliador tenha esboçado previamente as categorias e/ou classificação e/ou grupos temáticos que deverá utilizar na análise dos dados (DIAS, 2000). Portanto, o objetivo e o roteiro de entrevista dessa pesquisa, serão utilizados para estruturar o relatório, que conterà, além da transcrição das fitas gravadas, um resumo dos comentários mais importantes, conclusões e recomendações do pesquisador.

As duas maneiras básicas de se proceder à análise dos dados do Grupo Focal são os sumários etnográficos e a codificação dos dados via análise de conteúdo (MORGAN, 1988). A diferença principal entre estes dois procedimentos é que o primeiro vai repousar nas citações textuais dos participantes do grupo, que vão assim ilustrar os achados principais da análise, enquanto o segundo enfatiza a descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões, e em quais contextos isto ocorre. Cabe comentar que eles não são excludentes entre si, sendo possível combiná-los em um só relatório de análise (CARLINI-COTRIM, 1996).

Utilizamos para analisar os resultados deste estudo a técnica de análise de conteúdo tipo categorial temática, que é atualmente uma das técnicas mais comuns na investigação empírica nas diferentes ciências humanas e sociais. A análise de conteúdo surgiu nos Estados Unidos no início do século XX. Nesta época segundo Bardin (1997) o rigor científico invocado é o da medida, e o material analisado essencialmente jornalístico. Até os anos 50 predominava o aspecto quantitativo da técnica baseada na frequência da aparição de características nos conteúdos das mensagens veiculadas. Atualmente, pesquisadores franceses, cuja obra clássica de

Bardin, editada pela 1ª vez em 1997, introduziram aspectos qualitativos na aplicação do método.

Bardin define a análise de conteúdo como:

“[...] Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”. (BARDIN,1997, p.31)

Ainda segundo a autora o método se constitui de três etapas básicas no trabalho de análise de conteúdo: pré-análise, análise do material e tratamento dos resultados (inferências e interpretação).

- Pré-análise: é a fase de organização do material, envolvendo entrevistas gravadas e transcritas, artigos na imprensa, registro das anotações de campo, entre outros. Consiste em uma leitura inicial do material, para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas em entrevistas, observações, documentos, entre outros.
- Exploração do material: esta etapa corresponde à agregação, enumeração das representações dos conteúdos e as operações de codificação que orientam a escolha das unidades, as regras de contagem e a definição das categorias.
- Tratamento dos resultados e interpretações: como tratar o material investigado por meio da codificação, classificação e interpretação. As codificações devem responder aos critérios de objetividade, sistematização e generalização.

Podemos optar por vários tipos de unidades de registro para analisarmos o conteúdo de

uma mensagem. Essas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem.

Uma vez feita a análise dos elementos é necessário classificá-los e a operação de classificação dos elementos é realizada seguindo determinados critérios que se denomina categorização.

Enfatiza Minayo (1999), que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise por temas, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir a comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

As entrevistas dos Grupos Focais realizados nessa pesquisa foram identificadas apenas pela letra inicial do nome do participante, idade e parentesco com o usuário em tratamento na instituição. Relatos dos entrevistados foram transcritos no item Resultados e Discussão e foram destacados em negrito e itálico, permitindo melhor compreensão dos dados.

Após a transcrição completa das entrevistas de grupo previamente gravadas, foi feita a análise destas por meio dos seguintes passos, resumidos: “leitura geral” das entrevistas para se familiarizar com as falas e termos empregados; “leitura aprofundada” das entrevistas de modo a entrar em contato exaustivo com o material construindo os “temas centrais” e seus significados, de acordo com os tópicos e questões abordadas; “procedimentos exploratórios” empregados de forma a iniciar a formulação de possíveis hipóteses e “preparação do material”, com desmembramento das entrevistas e agrupamento das respostas, ou seja, a “construção de categorias”.

Finalmente, foi realizado o “tratamento dos resultados”, onde a partir desse

ponto, inferências, interpretações e comparações entre as respostas dos dois grupos em relação ao tema investigado, puderam ser estabelecidas. Além disso, as hipóteses, cuja formulação tiveram início na etapa de “procedimentos exploratórios”, puderam ser refutadas ou aceitas nessa última fase do trabalho (MINAYO, 1993).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Com relação à Dinâmica de Apresentação

A dinâmica foi realizada apenas no primeiro encontro, ou seja, no mesmo dia em que foi realizado o primeiro Grupo Focal, portanto, uma semana antes do início do Grupo de Orientação Familiar.

A escolha de uma dinâmica de grupo para iniciar a sessão, deve-se ao fato de que, além de descontrair, podem contribuir (quando elaboradas de maneira adequada às necessidades e condições existentes), em momentos de resistência ou não dos clientes para aprendizagem de outras formas de comportamento e de relacionamento. Quando a técnica grupal é utilizada no contexto da dependência química, muitas vezes os conteúdos subjetivos de grande relevância para o comportamento e sua manutenção podem se “cristalizar” ainda mais (quando prevalece à resistência à mudança), como também podem se flexibilizar, dependendo da forma como são abordados (FIGLIE, 2004).

A dinâmica utilizada foi uma grande aliada, pois facilitou o surgimento de conteúdos do grupo, sem a necessidade de uma exposição tão clara e direta. Promoveu um “fluir” dos conteúdos com maior naturalidade e provavelmente com menor resistência do que se fossem abordadas diretamente. Em geral, os conteúdos projetados pelas dinâmicas possibilitam maior contato com fantasias, medos, expectativas e crenças das pessoas, fornecendo assim, conteúdos ricos a serem explorados (FRITZEN, 1999). Para realizar a dinâmica, foram distribuídos papeis, canetas coloridas e giz de cera aos familiares, solicitando que eles se auto definissem através

de desenhos e explicassem o porquê da identificação com o que foi desenhado. Reações diversas foram observadas durante a realização da dinâmica de apresentação: vergonha, recusa, inibição, medo, tudo manifestado através de expressões faciais como: risinhos nervosos, olhos arregalados, caretas, olhares vagos, ou até mesmo verbalizações do tipo: “eu não sei desenhar direito”.

Um dado interessante foi que, dos desenhos realizados, nove deles remetesse à família, representados por casinhas com chaminés, coqueiros, árvores, lagos e animais em frente à casa, bem como seus moradores. Palavras escritas nos desenhos como: “amor”, “paz”, “lazer”, “dedicação”, “carinho” completavam a idéia do que seria uma família feliz, na interpretação dos participantes.

A importância da religião também apareceu nos desenhos, representada por igrejas e frases do tipo: “Deus é Fiel”. Outros representavam a natureza, como: árvores, sol, oceano, pássaros, céu, que definiam seus autores como amantes da natureza, destacando a importância da preservação dos recursos naturais para perpetuação da espécie humana na terra.

Os desenhos eram descontraídos, otimistas, leves nas formas e cores permitindo-me deduzir que mesmo com todos os sentimentos negativos vivenciados por aquelas famílias, o otimismo, a perseverança, a esperança, a fé e o amor prevaleciam. Não percebi tensão nas famílias, talvez vergonha, por estarem diante de uma situação nova e terem que expor questões tão íntimas para pessoas desconhecidas e para uma profissional disposta a ajuda-los sim, mas até ali, uma estranha.

O grupo conseguiu descontrair-se logo, acredito que em parte pela dinâmica, mas também por partilharem de problemas semelhantes e assim não estarem

expostos a julgamentos e preconceitos alheios. Um outro aspecto a ser destacado e que sustenta significativamente a integração do grupo, é que a dependência química é uma doença estigmatizante, cujos portadores pensam (onipotentemente) ser os únicos a vivenciarem tal situação. O grupo passa, então, a ter a vantagem do compartilhamento de experiências, que facilita uma melhor aproximação e percepção do funcionamento da pessoa, através das possíveis interações ocorridas no contexto grupal (SOYKA; HELTEN; SCHAFENBERG, 2001).

4.2 Com relação ao Perfil Sociodemográfico

Após a dinâmica de apresentação, foi aplicado um questionário com dados referentes ao perfil sociodemográfico dos familiares participantes. Este instrumento só foi utilizado no primeiro encontro, com o objetivo de conhecer o perfil da população estudada, que foi a mesma do segundo encontro, ou seja, do segundo Grupo Focal, realizado após o término do Grupo de Orientação Familiar.

O quadro a seguir contém as informações sobre o grupo pesquisado:

Quadro 1 – Dados referentes ao perfil sociodemográfico dos familiares participantes do Grupo Focal - Fortaleza-CE, 2007

INFORMAÇÕES	Nº DE ENTREVISTADOS
IDADE • Entre 21 e 31 anos • Entre 32 e 42 anos • Entre 43 a 53 anos • Entre 54 a 64 anos • Entre 65 a 75 anos	02 03 02 02 02
SEXO • Masculino • Feminino	02 09
PARENTESCO • Mãe • Irmã • Pai • Filho • Esposa/Companheira • Tia	02 04 01 01 02 01
ESCOLARIDADE • Superior • Superior incompleto • 2º Grau • 1º Grau • Não estudou	02 01 04 02 02
TRABALHANDO POR OCASIÃO DA ENTREVISTA • Sim • Não	08 03
ESTUDANDO POR OCASIÃO DA ENTREVISTA • Sim • Não	03 08
MAIS DE UM FAMILIAR POR OCASIÃO DA ENTREVISTA • Sim • Não	06 05
OUTRA ASSISTÊNCIA ANTERIOR A ESTE GRUPO • Sim • Não	03 08
QUE TIPO DE ASSISTÊNCIA • Tratamento psicoterápico • Instituições onde o familiar estava em tratamento (orientações)	01 02

Com relação aos dados demográficos obtidos, estes revelaram que as idades variaram entre 21 e 75 anos, distribuídas de forma igualitária, ou seja, não apresentando incidência maior de nenhuma faixa etária específica. A população foi

composta na maioria por mulheres (85%), em especial, mães, irmãs e esposa/companheira de usuários. É possível que este dado esteja relacionado com a falta de interesse dos homens, em especial neste caso dos pais, em participar de pesquisas científicas, conforme constatado em outras pesquisas (MALUF, 2002). Assim, os resultados discutidos nesse estudo podem ser mais representativos de uma amostra predominantemente feminina de familiares de usuários de drogas.

Nos Grupos de Orientação Familiar do nosso serviço, as mães freqüentemente se queixam da ausência dos cônjuges nos encontros, pois acreditam que eles também poderiam auxiliar no tratamento do usuário e na resolução dos problemas. Ao mesmo tempo, no entanto, acreditam que se estivessem presentes não participariam muito ou estariam discordando do que estivesse sendo discutido. A este respeito, Fender (1999) fala sobre a ausência dos pais na educação e assistência aos filhos, bem como do posicionamento questionável destes quando se culpam pela atual situação dos adolescentes, delegando as mães a responsabilidade pelo que acontece aos filhos.

Alguns autores concluíram que parece ser o pai, o membro da família mais difícil de ingressar nos programas terapêuticos e que as mães se preocupam mais em participar efetivamente do tratamento. No entanto, estes autores observaram igualmente que em algumas famílias o pai nada sabia sobre o paciente e seu uso de drogas, nem sobre o tratamento a que se submetiam (STANTON & TODD, 1988; PENSO & SUDBRACK, 2004).

O estudo revelou com relação à escolaridade, que a maioria dos familiares tinha segundo grau ou nível superior, portanto apenas três (30%) estavam estudando

por ocasião da entrevista. Estavam trabalhando 75% dos familiares, mesmo que a ocupação não fosse no mercado formal. Na maioria dos Grupos de Orientação Familiar realizados na nossa instituição e que não foram objetos desse estudo, observamos no perfil da clientela uma baixa condição sócio econômica. Portanto, o resultado aqui encontrado pode revelar uma particularidade desta amostra, pois não condiz com os resultados encontrados em outros estudos com esse tipo de população, onde os dados revelam majoritariamente a baixa escolaridade e condição sócio econômica dos participantes (MICHELI & FORMIGONI 2002; HINKLY & LARANJEIRA, 2002; CARR & VANDIVER 2001).

Dos familiares presentes, 55% trouxeram outro membro da família para participar da pesquisa, ou seja, tínhamos mais de um representante de uma mesma família no estudo. Apenas 03 familiares tinham participado de algum grupo de auto-ajuda, ou recebido algum tipo de orientação/assistência anteriormente. A assistência recebida foi em instituições onde o dependente químico estava fazendo tratamento (02) e 01 participante havia submetido-se a tratamento psicoterápico anterior. Para os 75% restantes, essa era a primeira assistência que recebiam com relação à dependência química.

Ainda é difícil, apesar dos inúmeros recursos disponíveis para o tratamento familiar, esta se sentir implicada na recuperação dos seus usuários. Nesse grupo de estudo em particular, foi observado que todas as famílias conseguiram comparecer as oito sessões do Grupo de Orientação Familiar, o que geralmente não ocorre em todos os grupos, onde finalizamos as orientações com cerca da metade dos familiares presentes. Essa observação pode ser justificada pelo grau de escolaridade dos

participantes? O fato de estarem participando de uma pesquisa pode tê-los motivado a não desistirem? Outros estudos podem investigar que fatores motivacionais levam algumas famílias a uma maior adesão, sem desistência ao tratamento familiar proposto.

4.3 Com Relação ao Temário

(Grupo Focal I – Antes do início do Grupo de Orientação Familiar)

4.3.1 - Primeiro Tema: Expectativas dos familiares em relação ao Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química

Para todos os participantes, a expectativa maior concentrou-se no desejo de ***“aprender a lidar com o dependente químico para poder ajudá-lo”***. Pude observar nas famílias uma postura ativa no sentido de tentar modificar algo na relação familiar, que não só uma dependência nos profissionais para resolução do caso, ou seja, a cura do paciente. Foram destacadas algumas falas que sintetizaram e representam bem, toda a expectativa do grupo.

“Eu espero que aqui, a gente aprenda a enxergar que aquela pessoa realmente é um ou uma doente e aprender a lidar e ajudar porque é um conflito que eu acredito que mora na casa de todos aqui”

(M., 38 anos, irmã de usuário de crack)

“É uma experiência nova e eu acredito que seja pra todos que estão aqui. Na verdade a gente vem tudo muito criança, sem experiência, e na verdade muitas vezes atrapalha porque cobra muito, porque enche de preconceitos e a gente não consegue ajudar, então aqui eu quero aprender”

(G, 21 anos, filho de alcoolista)

As famílias que lidam com abusadores de substâncias psicoativas estão geralmente “passando por uma tormenta” no momento em que são convidadas a participar do Grupo de Orientação Familiar no nosso serviço. Sentem-se culpadas, envergonhadas e culpam tanto a si mesmo como aos outros, pelo abuso de substâncias em suas famílias. Acreditamos que haja uma particularidade nas famílias de usuários de drogas, ou seja, a família é afetada pela dependência química e a família afeta o curso da dependência. Por isso acreditamos que para que a mudança ocorra, a família precisa acreditar no seu próprio potencial para mudança. Apesar das famílias que convivem com a dependência química serem envolvidas em padrões disfuncionais, elas são como qualquer outra família, intrinsecamente saudáveis e competentes e podem, se orientadas, desenvolver formas assertivas de lidar com o problema da dependência e conseqüentemente melhorar a qualidade da relação familiar (LANDAU, 2004).

O que mais aflige os familiares é uma possível recaída do dependente, então muitos citaram que esperavam do grupo “*compreender, entender e enxergar o dependente como um doente*” e “*adquirir habilidades para ajudar nas recaídas*”.

Em uma análise de 311 episódios iniciais de recaída com dependentes de substâncias psicoativas, os pesquisadores identificaram três situações primárias de alto risco, associadas com quase $\frac{3}{4}$ de todas as recaídas relatadas, (MARLATT, e cols., 1999; MARLATT, 2002).

1) Estados Emocionais Negativos: frustração, raiva, ansiedade, timidez, depressão, tédio (35% de todas as recaídas na amostra).

2) Conflito Interpessoal: casamento, amizade, membros familiares ou relações

empregador-empregado (16% das recaídas).

3) Pressão Social: situações nas quais o indivíduo está respondendo à influência de uma outra pessoa ou grupo de pessoas, para que ele se engaje no comportamento-tabu (20% das recaídas).

“De conhecimento, porque se houver uma recaída e a gente espera que não aconteça, mas se houver eu saber lidar, porque quando acontece alguma coisa a gente já muda e a gente já não consegue viver, então eu tou aqui a procura disso exatamente”

(E., 58 anos, mãe de usuário de crack)

Muitos familiares relataram que esperavam do grupo, ***“aprender a ter paciência”*** e ***“aprender a ter diálogo”*** com seu familiar. O uso de drogas provoca o afastamento afetivo entre as famílias devido aos inúmeros sentimentos negativos (mágoa, culpa, vergonha, raiva), tornando difícil à comunicação entre os membros, dando a impressão pelas falas, de que eles precisam reaprender a dialogar novamente.

Após convencer a família, a assumir sua responsabilidade em ajudar o usuário a parar com o uso de drogas. O próximo passo é criar um canal de comunicação pelo qual as famílias possam conversar, sem os vícios anteriores de culpa, cobrança, raiva, depreciações e mágoas, que só servem pra provocar distâncias, dificultando qualquer comunicação. A característica básica deste canal é a amorosidade e embora as famílias tenham muito amor para dar, no cotidiano não expressam esse amor. É sair de uma comunicação racional, na qual o embate de opiniões encontra um terreno fértil e interminável que acaba em agressões, para uma comunicação emocional, na qual falam dos seus sentimentos, do sofrimento diante do

risco de perder o familiar para as drogas, não fornecendo assim, espaço para discussões (BEZERRA & LINHARES, 1999).

“Eu espero dessas reuniões aprender a lidar com ele, aprender a conversar e me entender com ele, que ele é uma pessoa que não conversa, quando eu começo a falar, ele começa a brigar”.

(E., 23 anos, esposa de usuário de crack)

“Paciência, apesar de que a gente tem, mas é uma paciência que a gente não tem muito diálogo com ele, porque ele chega com a cara pra acolá e agente também”

(E., 58 anos, mãe de usuário de crack)

Os familiares também esperavam que grupo os ajudasse a *“lidar com o preconceito e a vergonha”* por terem algum usuário na família. Dois familiares referiram que *“não esperavam nada do grupo”* e que estavam ali para colaborar, no intuito de que o familiar não abandonasse o tratamento. Interpretamos essa resposta como uma resistência da família em admitir que precise de ajuda ou até mesmo preconceito e vergonha, verbalizados na forma de negação do problema. Na nossa prática profissional percebemos que a família sempre chega ao serviço procurando ajuda para o familiar dependente e quase nunca para si. Alguns até resistem e revoltam-se por ter que admitir que precisam de ajuda. Em parte talvez, por se sentirem culpados pelo uso de drogas de seu familiar, como veremos pelas respostas dadas no decorrer da pesquisa.

“Eu quero aprender a lutar com ele, porque eu tive muito preconceito no começo, eu abandonei, eu desprezei, eu não ligava pra ele. Ele fica que nem um mendigo, então eu repugino ele”.

(M., 39 anos, irmã de alcoolista)

O preconceito e a vergonha citados pelas famílias justificam-se pela visão moralista que ainda existe em relação à dependência química de uma forma geral. Os problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, nem sempre foram os mesmos e nem sempre tiveram a mesma dimensão, pois a relação do homem com a bebida vem mudando, principalmente nos últimos séculos.

Nunca houve um período de “temperança” absoluta, mas até o final do século XVII o consumo de álcool era visto como uma atividade social. Apesar da pouca legislação existente, havia fatores sociais e econômicos suficientes para controlar o uso “inadequado” da bebida, a embriaguez em larga escala. A embriaguez era vista como sendo não um problema da bebida, mas do indivíduo: um defeito moral, de caráter, o levava àquilo, e contra tais casos se levantavam os pregadores religiosos. Mas a bebida ainda era vista como “um néctar divino” pela maioria das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Nas primeiras décadas do século XX, o alcoolismo ganha o *status* de doença, fornecido pela classe médica e pela associação dos Alcoólicos Anônimos. Os problemas associados ao álcool que mereciam preocupação eram aqueles relacionados ao colapso moral do bebedor crônico. Esses problemas eram vistos como não decorrentes de uma fraqueza moral do bebedor nem do poder aditivo do álcool em si, mas de alguma “química” pouco compreendida que ocorria entre a substância e certos bebedores (LARANJEIRA & ROMANO, 2001).

A partir da última década do século XX, o consumo de álcool começa a ser visto como uma questão de saúde pública, devido à extensão dos danos que acarreta, constituindo uma séria ameaça à segurança pública (danos à família, violência e crime,

e segurança no trânsito, por exemplo). Políticas do álcool passam então a ser vistas como algo que diz respeito a todos os cidadãos cuja segurança possa estar em risco. Também a partir da última década, diversos estudos vêm demonstrando que é possível combater tais problemas por meio de políticas públicas adequadas (HOLDER, 1997; CASWELL, 2000).

Para nós profissionais de saúde, a visão alternativa do uso problemático de drogas como uma doença, abre a perspectiva de tratamento para pacientes e familiares. É evidente, entretanto, que essa possibilidade não exclui automaticamente a carga de significados pejorativos associados ao diagnóstico dessa condição, preconceitos esses que existem na população em geral e mesmo entre os profissionais de saúde.

A maioria das respostas revelou ainda que o Grupo de Orientação Familiar era uma “*experiência nova*” para eles. Realmente isso pôde ser constatado no resultado do perfil sociodemográfico dos participantes, que mostrou que apenas três deles, havia recebido algum tipo de orientação anterior a esta.

A família parece ainda não se aperceber da sua influência no processo de recuperação do dependente químico, daí levantarmos a hipótese de que se ela estivesse mais presente no processo de restabelecimento, lhe dando apoio, afeto e reeducação para uma volta à convivência familiar, talvez não acontecessem à reincidência ao uso de drogas. Essa pode ser uma forma resistente e negativa de enfrentar o problema, já que existem estilos diferentes de enfrentamento que cada família adota para encarar a doença. Desde o afastamento, onde o contato com o doente é minimizado ao extremo e há uma esquiva emocional e física do mesmo, ou o estilo de mimá-lo, onde a família age com conformismo diante da doença (SCHENKER & MINAYO, 2004).

No entanto, a impressão que esse grupo pesquisado nos passou, foi a de uma postura ativa no sentido de tentar modificar algo na relação familiar, que não só uma dependência nos profissionais para resolução do problema. Tanto que foram unânimes em colocar que a maior expectativa era aprender a lidar com o comportamento do dependente, ou seja, oferecer uma ajuda conjunta e construtiva, admitindo que estivessem sofrendo os efeitos da doença do outro.

4.3.2 - Segundo Tema: Convivência da família com a dependência química do seu familiar. Sentimentos presentes no familiar antes do Grupo de Orientação Familiar.

O grupo foi unanimemente ambivalente com relação aos sentimentos, aparecendo “amor X ódio”, “raiva X pena”, sugerindo uma confusão de sentimentos contrastantes e difíceis de serem administrados ao mesmo tempo. Os familiares choraram muito durante esse questionamento e citaram vários sentimentos negativos como: “*raiva*”, “*tristeza*”, “*pena*”, “*impotência*”, “*repulsa*”, “*revolta*”, “*decepção*” e “*preocupação*”. Porém, durante todas as falas, observei que os sentimentos de “*amor*”, “*fé*” e “*esperança*” estiveram sempre presentes, não só na verbalização (daí a ambivalência), mas também nas expressões faciais e nos gestos de cada um. Eis algumas falas representativas do grupo:

“Uma hora é de muito amor, outra hora é quando você tá bem aperreado mesmo. Seria esse contraste de amor e ódio, ódio e amor, mas eu acho que sempre mais amor”.

(G, 21 anos, filho de alcoolista)

“Na mesma hora que eu tenho uma raiva tão grande, ao mesmo passo eu tenho pena, porque nem ele está fazendo o bem pra ele. Então a mesma mão que eu posso levantar pra dar um bofetão nele, é a mesma mão que dá pra carregar ele e levar pro banheiro pra dar um banho, então é complicado”

(M., 38 anos, irmã de usuário de crack)

Os principais sentimentos da família que convive com dependentes são: raiva, ressentimento, descrédito das promessas de parar, dor, impotência, medo do futuro, falência, desintegração, solidão diante do resto da sociedade, culpa e vergonha pelo estado em que se encontra (KAUFMANN, 1982; FIGLIE, 2004).

“A gente tem raiva, tem aquela fúria por ver toda a família sofrendo e a gente acha até então que aquela pessoa está fazendo porquê quer, então dá revolta”

(G., 21 anos, filho de alcoolista)

“Só tristeza, decepção e ódio, mas é isso aí, vamos lutar, porque ajudar ele é tudo que eu quero e sempre quis. Ele sabe, eu amo muito ele, amo meus filho, meus filho adora ele, eu tenho fé que ele vai mudar”

(E., 23 anos, esposa de usuário de crack)

Essa confusão de sentimentos em que vive mergulhada a família do dependente, acaba por torna-la incapaz e impotente (na visão da família), de poder colaborar no processo de recuperação do usuário. É muito difícil para a família achar que tem instrumentos para poder fazer parar com o uso de drogas do familiar. Nós profissionais podemos ser mais eficientes se conseguirmos essa parceria com a família;

se agirmos como facilitadores e potencializadores de suas capacidades e instrumentos, já que também necessitamos do auxílio da família para a recuperação do dependente.

A família mostra-se doente, sem na verdade fazer uso de substâncias psicoativas. Portanto, tratar as famílias de dependentes químicos é uma necessidade, uma vez que eles também adoecem. O apoio familiar é vital para reestruturação do dependente químico; tanto o processo de adoecimento quanto a recuperação interferem na dinâmica familiar e, por isso, se faz necessário algum tipo de orientação ou de apoio a estas famílias (NUNES, 2001; FIGLIE, 2004).

Na realidade, a abordagem familiar em dependência química como modalidade de tratamento é recente. Vários modelos de atuação estão em operação, sendo que a maioria dos profissionais vem descobrindo a sua própria mistura, utilizando uma gama de idéias e praticas diferentes de acordo com o perfil do grupo a ser trabalhado. Indiscutivelmente, a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas terapêuticos, mesmo que até o momento não tenha sido estabelecida uma abordagem de maior eficácia nesta área (SILVA, 2001).

4.3.3 - Terceiro Tema: O significado da dependência química. Motivações para o desenvolvimento da dependência.

Na definição do que seria dependência química, a maioria das famílias definiu como “*fraqueza espiritual*”. Esse é um conceito antigo e carregado de preconceito que estigmatiza ainda mais o dependente. A desinformação sobre dependência química por parte da sociedade reforça ainda mais a idéia de que o uso está associado à falta de fibra moral ou de caráter do usuário. Há uma crença muito

disseminada de que abusar de substâncias psicoativas é algo completamente sujeito ao controle voluntário do indivíduo, o que não é verdade (NEVES, 2001).

“Pra mim é uma fraqueza da pessoa, porque os motivos que o meu irmão teve eu tive também os mesmos motivos dele e enquanto isso eu não entrei nesse mundo”

(C., 45 anos, irmã de alcoolista)

Apesar de todos os avanços científicos que fizemos, ainda encontramos muitas pessoas, inclusive profissionais de saúde atendendo o usuário de álcool ou drogas com idéias e atitudes preconceituosas. Expressões como “Outra vez bêbado?”, “é um fraco”, “não tem vergonha na cara”, são, infelizmente, muito comuns. É por esse motivo que devemos evitar o uso de palavras como “vício”, “viciado” ou “drogado”, as quais acabaram se tornando pejorativas. Antes de tudo, é importante que nós, profissionais de saúde, façamos uma revisão de nossas crenças pessoais sobre o fenômeno da dependência química, pois tratar com competência requer, acima de tudo, uma atitude respeitosa. É fundamental orientar a família, que o dependente químico, assim como qualquer outro membro da família precisa ser respeitado e entendido com atenção. Atitudes preconceituosas criam distanciamento afetivo e pioram o prognóstico de ambos, família e dependente.

Atualmente, o abuso de drogas é considerado um distúrbio multifatorial com forte presença de componentes genéticos. Até 60% da predisposição à dependência pode ser atribuída a causas hereditárias, apoiadas por fatores subjetivos e ambientais. Mas como não somos apenas produto de nossa carga genética, a interação com o meio é o que dá contorno ao quadro epidemiológico atual. Os pesquisadores

apontam o stress como um poderoso fator ambiental, associado à propensão ao comportamento compulsivo relacionado às drogas. Crianças estressadas, por exemplo, tem maior risco de usar drogas na adolescência ou no início da idade adulta (GRIMM, 2007).

“É uma fraqueza espiritual muito grande e aí gera um buraco, um vazio muito grande. Com o enfraquecimento, a pessoa encontra na droga formas diferentes de preencher emoções”

(M, 38 anos, irmã de usuário de crack)

A resposta á pergunta O Que é dependência química? Ainda não está clara, apesar dos inúmeros estudos já realizados. Existe uma grande variedade de teorias que tentam explicar a complexidade da natureza da dependência química. Avanços científicos nos últimos vinte anos, mostram que a dependência é uma doença crônica e recorrente, que resulta de uma interação de efeitos prolongados da droga no cérebro. Entretanto, como muitas outras doenças cerebrais, importantes aspectos sociais, culturais, educacionais e comportamentais são partes integrantes desta doença (KESSLER; DIEMEN; SEGANFREDO; BRANDÃO; SAIBROL; SCHEIDT. GRILLO; RAMOS, 2003; DRUMMOND, 2001).

A *“falta de domínio próprio”, “falta de amor próprio”* e *“não gostar de si mesmo”*, também foram citadas, levando-me a concluir, que a família também acredita que basta o usuário querer e ter força de vontade em cessar com o uso, que isso acontece. Considera-se nesse caso, a dependência química como uma doença biológica apenas, desconsiderando-se outros aspectos envolvidos na questão, como as expectativas que o usuário deposita no uso de substâncias psicoativas.

“Seria não gostar de si mesmo, porque uma pessoa que gosta realmente de si, ou que esteja realmente assim em sua consciência, eu acho que não correria pra essa dependência no caso”.

(H., 55 anos, tia de usuário de crack)

A abordagem cognitivo-comportamental, que mescla técnicas da escola comportamental e da linha cognitiva, considera que a dependência não pode ser entendida somente como doença e sim também um comportamento, que depois de adquirido, é repetido pelo usuário, sempre que se depara com situações de risco. Tais situações podem ser internas (conflitos intrapessoais) ou externas (conflitos interpessoais), tudo isso avaliado dentro do contexto (ambiente) em que vive o dependente químico.

O princípio básico da abordagem comportamental reza que os comportamentos, incluindo o uso de drogas/álcool, são aprendidos e mantidos por meio de reforços positivos e negativos, os quais podem ser provenientes das interações familiares. O foco está na mudança das interações conjugais/familiares, que servem de estímulo ou provocam recidivas, melhorando a comunicação, as habilidades de solucionar problemas e fortalecendo a capacidade de lidar com os recursos e a sobriedade. (CABALLO, 2003).

Identificamos no decorrer da pesquisa, que a dependência química tem um efeito perturbador e prejudicial sobre a vida dos familiares. Por conseguinte, as abordagens familiares são imprescindíveis no tratamento da dependência química e devem ter por objetivo, reduzir o estresse de todos os membros da família e melhorar sua capacidade de lidar com a doença, por meio de uma combinação de educação, treinamento em comunicação e habilidades em solução de problemas.

Quando a família responde que dependência química é a *“falta de domínio próprio”*, pode referir-se erroneamente a fissura ou *craving*, que é um sintoma que tanto pode estar presente durante o uso do álcool/droga, durante a síndrome de abstinência do paciente (fase de desintoxicação), ou ainda ser um dos critérios de avaliação para o diagnóstico da Síndrome de Dependência do Álcool (MARQUES; CAMPANA; GIGLIOTI; LOURENÇO; FERREIRA; LARANJEIRA, 2001). O senso comum desconsidera a fissura como um sintoma que causa grande desconforto ao paciente, atribuindo ao controle voluntário do indivíduo o aparecimento ou não do desejo de usar a droga e força de vontade para não usar.

“É uma pessoa que não tem domínio por si próprio, quer usar e não quer, mas devido ele se estressar muito e já estar com aquela vontade, aí vai e bebe”

(J., 67 anos, pai de alcoolista)

Na verdade o que é essa fissura? Por que acontece independente da vontade do indivíduo, que sabe que o uso da substância não se dá mais por prazer e sim por dependência? Se tivermos em mente que a relação de dependência com a droga é a única alternativa que restou para o dependente, torna-se compreensível que o comportamento de se drogar efetive-se através de um ato impulsivo, não se tratando, portanto, do desejo de consumir drogas, mas da impossibilidade de não as consumir (SILVEIRA, 2002).

“A pessoa dependente acha que tem que permanecer com aquilo, viver com aquilo pra poder viver. O álcool seria vamos dizer assim, o pilar que sustenta tudo”

(I., 49 anos, companheira de alcoolista)

Segundo Marlatt & Gordon (1993), o *craving* pode ser definido como um estado motivacional subjetivo influenciado pelas expectativas associadas a um resultado positivo; tal estado pode induzir uma resposta na qual o comportamento desejado esteja envolvido. Este desejo de difícil controle – o *craving* – pode ser desencadeado por sugestões cognitivas internas ou ambientais, sendo um dos principais objetivos esperados do paciente descobrir como este “gatilho” pode desencadear uma situação de risco para uma recaída.

O *craving*, segundo o autor, pode ser considerado uma variável interveniente, pois se interpõe entre uma causa (por exemplo, a síndrome de abstinência do álcool, ou uma situação estressante) e uma resposta (neste caso, o ato de beber). Caso esse conceito não seja operacionalmente definido, sendo esclarecidas as variáveis dependentes e independentes associadas, pode ser considerado a causa do comportamento manifesto, o que ocorre em alguns modelos, como o “Modelo Doença”, que acredita que ele é um sintoma decorrente de uma necessidade interna fisiológica por uma substância que causa a perda do controle do ato de consumir este produto, desconsiderando assim, os aspectos afetivos e comportamentais envolvidos no processo da dependência química.

“Acho assim como água, a gente não vive sem água e acho que a droga pra ele é isso. Eu não vejo nem ele comer, mas usando droga ele passa o dia inteirinho usando e não come”

(E., 23 anos, esposa de usuário de crack)

O tema *craving* é comum de ser escutado na clínica do dependente químico. Na verdade, nós profissionais, pacientes e familiares o percebemos como um elemento

que pode aparecer a qualquer momento, mesmo após um longo tempo em abstinência e que, vencendo a habilidade de enfrentamento do indivíduo, é capaz de desencadear uma recaída. O problema é que, muitas vezes, ele aparece sem aviso prévio, ou nós juntamente com nossos pacientes, não conseguimos detectá-lo a tempo, o que dificulta o seu manejo e diminui a auto eficácia do indivíduo que, com menos estratégias de enfrentamento, termina por ter um lapso ou uma recaída (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Todos esses conceitos devem ser esclarecidos para as famílias de dependentes químicos, para que possam se aparelhar de informações, a fim de melhor compreender o seu familiar, ajudando-o a prevenir recaídas. A ausência dessas informações às vezes tão simples podem ser desencadeadores de recaídas de ambos, pacientes e familiares. Quanto a isso, Marcon et al. (2002) destacam que muitas vezes o que mais aflige a família são pequenas coisas, resolúveis mediante simples orientações, as quais, depois de realizadas, deixam a família mais tranqüila e aliviada.

A religiosidade, crença e espiritualidade, também apareceram em algumas falas, para definir o que seria dependência química, tais como: “*ausência de fé em Deus*” e “*o cão maltratando a pessoa*”, acentuando ainda mais o desconhecimento das famílias a cerca do comportamento do seu familiar usuário de drogas e do seu modo de adoecer.

“Eu acho que é a forma que o cão tem de maltratar bem muito a pessoa”

(M., 39 anos, irmã de alcoolista)

É importante orientar as famílias no sentido de desconstruir determinadas crenças que não favorecem em nada à cessação do uso. Tais crenças podem tornar o

usuário ainda mais impotente perante a doença, entendendo-a como um castigo divino, por não ter fé em Deus. Essa postura pode reforçar ainda, um comportamento passivo da família e do usuário em relação à doença, esperando que “somente” o poder superior possa responsabilizar-se pela cura.

“Não existe acredito que um respeito maior pela fonte maior da nossa vida, que é Deus”

(E., 58 anos, mãe de usuário de crack)

A este respeito, alguns trabalhos destacam a importância da religiosidade na prevenção e recuperação do dependente químico. De acordo com levantamento realizado por Hanson (2002), os principais fatores protetores ao uso de drogas incluem: a família (pelo estabelecimento de laços afetivos entre seus membros; monitoramento das atividades e amizades do adolescente; construção de conduta social adequada); forte envolvimento com atividade escolar e/ou religiosa e disponibilidade de informações convencionais sobre o uso de drogas.

Em outro estudo sobre fatores protetores do uso de álcool/drogas em adolescentes, os resultados mostraram que a estrutura familiar e a religiosidade foram os mais frequentemente citados. Quanto à religiosidade, foram observados que 81% dos não-usuários acreditam e praticam uma religião; entre os usuários, apenas 13% encontravam-se nessa condição, atribuindo à prática religiosa um meio de abandono às drogas. O estudo concluiu que a religião pode ser um fator protetor relevante na amostra estudada, atuando como apoio na estruturação familiar e como importante fonte de informações. Ainda de acordo com esses autores, a avaliação da religiosidade é geralmente realizada por parâmetros que envolvem o comparecimento a uma

"igreja", prática religiosa e crença em Deus ou nos preceitos da religião professada (SANCHEZ; NAPPO; APARECIDA, 2004, WILLS; YAGER; SANDY , 2003). Por intermédio dos fundamentos pregados, a religiosidade auxiliaria na construção da personalidade do indivíduo, inculcando-lhe valores morais que têm por fim o respeito e a preservação da vida (MILLER & GREENWALD, 2000).

Com relação às motivações para o desenvolvimento da dependência química, os mais citados na opinião dos familiares foram: *“falta de amor”* (principalmente do pai) e *“influência de colegas”* (pressão social). O grupo era constituído na maioria por mulheres, o que talvez justifique em parte, a citação da “ausência do amor paterno”. Ramos (2005), afirma que as mães não devem se sentir culpadas pelo uso de drogas dos filhos, atribuindo tal fato (entre outras causas, é claro), a ausência do pai. De fato, em determinada idade da criança, (quando esta deixa de ser dependente da mãe para os cuidados assistenciais), a presença do pai é fundamental. É este que é o responsável por definir o tempo, como se viesse (simbolicamente), cortar o cordão umbilical da mãe, estabelecendo autoridade e limites fundamentais para o desenvolvimento saudável e seguro da criança.

A dependência de álcool/drogas tem origem em múltiplos fatores, entre eles a herança genética. Mas a família é o núcleo da prevenção. A droga gera desagregação familiar, mas a desagregação familiar leva a drogadição. A figura paterna é a chave de tudo. O adolescente tem de ter a presença do pai, daquele que diz não.

“Sempre um pai rígido, sempre ausente, sempre um pai que cobrava muito e não dava o principal, amor. Respeito que o motivo dele em específico tenha sido ausência da presença do pai”

(M., 38 anos, irmã de usuário de crack)

Fatores como falta de disciplina, falta de intimidade no relacionamento dos pais e filhos e baixa expectativa dos pais em relação à educação e aspirações dos filhos contribuem para o desenvolvimento de problemas emocionais, bem como o consumo de substâncias psicoativas. Abordando o contexto nos casos em que o pai é o dependente químico, as consequências podem envolver cuidados paternos e padrões inadequados de interação entre pai e filho que acabam por promover agressividade e comportamento anti-social nas crianças, aumentando o risco do desenvolvimento do alcoolismo nos descendentes, associado ao distúrbio de personalidade anti-social (THOMPSON & KRUGMAN, 2001; PETRA; MICHAEL; DONMALL, 2004).

Percebemos em muitos dos nossos pacientes, principalmente nas falas dos mais jovens, relatos que nos fazem concordar com a afirmação do psicanalista. A maioria deles relata a ausência do pai no lar desde a primeira infância, ficando a família sob a tutela educacional, afetiva e provedora, da mãe e/ou padrasto. Os pais que permanecem no lar ou são omissos ou são autoritários demais. Muitos pais confundem autoritarismo com a autoridade e utilizam a violência na educação dos filhos, achando que assim estão estabelecendo limites, quando na verdade estão deixando-os mais inseguros e despreparados para a vida. A autoridade independe de agressividade, ela impõe-se e estabelece limites que protegem os filhos, inclusive do uso de drogas.

“Respeito que o motivo dele em específico tenha sido a ausência do pai. Ele tinha pouco tempo e quando ele chegava com todo aquele autoritarismo falso, então ele não dava amor, nada”

(M., 38 anos, irmã de usuário de crack)

Em estudo realizado com usuários e não usuários de substâncias psicoativas, a família foi o fator protetor mais frequentemente citado pelos entrevistados de ambos os grupos, adquirindo importância na estruturação do ser, fornecendo, segundo os próprios entrevistados, elementos essenciais como apoio, carinho e proteção. A família, como fator protetor, foi mencionada por 25 dos 32 não-usuários entrevistados, apresentando-se, neste grupo, como base fundamental da educação na infância e adolescência e como parâmetro de controle das atitudes e companhias dos filhos.

Dos 30 usuários entrevistados, 21 citaram a família como fator protetor, deixando claro que o apoio familiar é necessário não apenas na imposição de regras, mas também no amparo diante de toda e qualquer dificuldade, permitindo supor, em associação com outros dados do questionário, que a maioria destes entrevistados era originada de famílias mal-estruturadas, caracterizadas como negligentes quanto aos aspectos de educação e atenção aos filhos (SANCHEZ; NAPPO; APARECIDA, 2004).

“Ele encontrou na rua a forma de liberdade maior e na droga uma forma de felicidade que em casa ele não encontrava”

(H., 55 anos, tia de usuário de crack)

A categoria pressão social, citada pelos familiares como motivo para o desenvolvimento da dependência de álcool/droga, é um tema frequente entre os usuários de substâncias psicoativas em geral. Essa “cobrança” dos amigos para o uso de drogas é muito comum em ocasiões onde os pacientes têm que lidar com situações que envolvam diversão e prazer.

Em estudo realizado em nosso serviço, os resultados demonstraram que essa dificuldade é maior para os usuários de outras drogas, do que para os usuários de álcool. Ou seja, os usuários de outras drogas, portanto os mais jovens, não conseguem reagir a “influência dos amigos” e freqüentemente usam ou recaem diante dessas situações de risco (MATOS; MESSIAS; VASCONCELOS; BASTOS; MATOS, 2006).

“Desde de pequeno, bem jovem, 14 anos começou por ali e foi indo. Eu não vejo motivo não, só acho que convivência com algum amiguinho assim”

(H., 55 anos, tia de usuário de crack)

“Ele não pode ir pra canto nenhum porque os amigo dele fica chamando pra ele beber, aí os amigo dele empurra o copo de cachaça nas venta dele”

(I, 49 anos, companheira de alcoolista)

Os lapsos ou recaídas ocorridos, nestas situações, acontecem em conjunção com um evento especial (feriado, aniversário ou boas notícias) ou em férias ou em viagens longas. É muito tentador, neste tipo de situação, fazer uma “exceção especial” e dar a si mesmo permissão para tomar “uns goles” (MARLAT, 1999).

Estas situações são mais difíceis para os jovens que não tiveram oportunidade de construir relações saudáveis em ambientes também saudáveis sem a presença do uso de droga. A turma de amigos preenche o espaço deixado pelo desprendimento da tutela dos pais, e estes são tratados pelos jovens como se fossem os primeiros em importância na sua vida, aumentando a possibilidade de se associarem a

pares desviantes e aumentando a chance do uso de drogas (OETTING & DONNERMEYER, 1998).

“Ele era surfista, deixava de ir pra escola pra ir pra praia, então eu acho que os amigos mesmo na praia foi que influenciaram ele a isso”

(E, 23 anos, esposa de usuário de crack)

Falta de habilidade para lidar com comportamentos ou aspectos próprios da personalidade, como *“timidez”, “baixa auto-estima”, “inibições”, “estresses”*, podem ser motivos desencadeadores de uso de substância, na visão dos familiares. Para as famílias, as dificuldades que o indivíduo tem em lidar com suas relações sociais e/ou afetivas, no trabalho, casamento ou lar, podem também contribuir para o desenvolvimento da dependência química.

“Ele sempre foi muito calado por causa de alguma coisa da infância e começou com amizades e daí foi indo, foi indo e ele foi conseguindo preencher esse vazio com o álcool, eu vejo assim”

(F., 70 anos, mãe de alcoolista)

Foi realizado no nosso serviço de dependência química, um estudo para avaliar os comportamentos de usuários associados ao consumo de álcool e drogas. O estudo investigou (n=21) paciente do sexo masculino, com período de tratamento entre 1 e 6 meses e idade média de 35 a 50 anos para alcoolistas e 20 a 35 anos para usuários de outras drogas. Os instrumentos utilizados foram as escalas, Inventário das Situações de Beber (ISB-42) e Inventário das Situações de Uso de Drogas ISUD-(42), que incluíam 42 perguntas objetivas sobre situações de risco para beber ou usar drogas. A análise estatística dos dados revelou entre outros resultados que, 27% dos usuários de álcool bebiam “freqüentemente” (F) e 16% “quase sempre” (Q.S) ao lidarem com

“emoções negativas”. Com relação aos usuários de outras drogas, 29% e 27% abusavam da droga “freqüentemente” ou “quase sempre” respectivamente, diante das mesmas situações (MATOS; MESSIAS; VASCONCELOS; BASTOS; MATOS, 2006).

Os resultados indicaram que os usuários de outras drogas de abuso recorreram mais às drogas na tentativa de lidar melhor com **“emoções negativas”** do que os usuários de álcool. Provavelmente isso aconteça, entre outros motivos, devido à faixa etária dessa clientela, em sua maioria muito jovens, não demonstrando maturidade, experiência e habilidade para lidar com estas questões. Quanto mais cedo se inicia o consumo de substâncias, maior será a dependência de fatores externos e menor auto-estima terá o jovem (MORIHISA & SCIVOLETTO 2002).

As recaídas com freqüência ocorrem quando o indivíduo está emocionalmente deprimido. O convívio e a educação familiar que já estão prejudicados ou mesmo rompidos em decorrência do uso, fazem com que esses sentimentos sejam sentidos ainda mais fortemente, favorecendo o uso (HOFFMANN & CERBONEB 2002).

Nos últimos anos, uma terceira abordagem emergiu como uma alternativa aos modelos moral e de doença da dependência química. A partir de uma perspectiva de aprendizado social, os comportamentos dependentes representam uma categoria de “maus hábitos”, incluindo comportamentos como beber-problema, tabagismo, abuso de substâncias psicoativas, jogo compulsivo e assim por diante. São vistos, portanto, como hábitos hiperaprendidos que podem ser analisados e modificados do mesmo modo que outros hábitos (FOCCHI; ANDRADE; LEITE; LARANJEIRA, 2001).

Observamos que os pacientes dependentes químicos têm dificuldades em lidar com situações que envolvam conflitos intrapessoais (incluídas nesse grupo, as emoções negativas citadas pelos familiares, como motivadoras do uso) e conflitos interpessoais. Isso mostra a necessidade de treinar o paciente para aquisição de habilidades de enfrentamento dessas situações de risco prevenindo recaídas. Faz-se necessário também, orientar conjuntamente as famílias a esse respeito, desmistificando crenças, conceitos moralistas e estigmatizações para com o comportamento dependente, ajudando o familiar a prevenir recaídas.

Os motivos que levaram ao consumo/dependência citados pelos familiares revelaram uma certa amplitude, muitos deles relacionados a questões familiares, além de alguns relatarem não saberem os motivos ou alegarem ausência de motivo aparente.

Pudemos observar, que os familiares tem uma visão da dependência química muito baseada no modelo moral de doença, pautada no senso comum e nas suas experiências cotidianas. A família precisa ser orientada com respaldo no conhecimento científico, que desmistifique o uso de substâncias psicoativas e aponte suas reais conseqüências para o indivíduo, família e sociedade. Como a família constitui uma das principais fontes formadoras de comportamentos e de crenças sobre saúde, os programas de prevenção e tratamento ao uso/abuso de álcool e outras drogas, devem incluir sua participação (OLIVEIRA, 2001).

4.3.4 - Quarto Tema: Auxílio da família ao dependente quanto ao uso de drogas ou álcool. Tratamento da dependência química.

A visão das famílias foi a de que sua participação no Grupo de Orientação Familiar poderia ajudar na recuperação do usuário. No entanto, foi observado pelas

falas, que essa participação ainda é muito vinculada ao fato do seu familiar estar ou não em tratamento. Os familiares agem como se negociassem o tratamento dos usuários, vinculando a sua participação nos grupos. Durante o tratamento da dependência química no nosso serviço, observamos a desistência do familiar dos Grupos de Orientação, (sempre que o usuário abandona o tratamento), embora a aderência do dependente ao tratamento ainda seja bem inferior.

“Eu já fiz o lado negativo de abandonar e continuo fazendo o positivo que é tentar. Todo mundo aqui largou seus afazeres seja o que for para estar aqui, isso é mais uma atitude do bem”

(E., 58 anos, mãe de usuário de crack)

“A partir desse momento que eu já vim pra cá, aí eu tou vindo pra dar uma força pra ele, pra ele realmente sair dessa, mas se ele voltar, eu ajudo a enterrar agora”

(M. 39 anos, irmã de alcoolista)

Em todo o mundo, as principais barreiras para as práticas preventivas, em relação ao abuso de álcool e outras drogas, têm sido as dificuldades de abordagens e a participação das famílias nos programas (OMS, 1989; GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 2001; NIDA, 2002; CANOLETTI & SOARES, 2005).

Portanto, o que se observa na prática é que na maioria das vezes, a família fica fora dos programas de prevenção relacionados ao uso de álcool e outras drogas em muitos países, principalmente no Brasil (BORDIN, 2004; OLIVEIRA, 2001).

Estimular o usuário à ***“procurar um tratamento”***, também foi muito citado. Percebemos na prática, que o usuário geralmente procura tratamento por dois motivos

principais: grave comprometimento clínico em que se encontra (intoxicação aguda ou síndrome de abstinência), ou quando é trazido pela família.

A dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, com múltiplas causas, envolvendo não só aspectos biológicos, como também os psicológicos, sociais e familiares. Em geral, a presença do uso de álcool e outras drogas traz muito desconforto, sofrimento psíquico e crises no sistema familiar. Normalmente, a procura de tratamento para a dependência ocorre nestes momentos. A pessoa que está usando droga busca tratamento *“por livre e espontânea pressão”*.

“Levando ele pros tratamento e que faz muito tempo e já fui com ele tentar internar ele, ajudando moralmente, porque pra onde ele vai, todo mundo fala dele”

(E., 23 anos, esposa de usuário de crack)

“Só ultimamente mesmo, que agora mais ou menos de um ou dois anos pra cá que eu realmente tenho levado ele nas clínica, mas apoio assim emocional, afetivo, sempre dei, sempre conversei com ele, sempre tive do lado dele”

(G. 21 anos, filho de alcoolista)

Quando a família coloca que acompanha e estimula o usuário a procurar tratamento, pode estar revelando a importância da busca pelo tratamento almejando a cura. As evidências mostram a necessidade desse tipo de assistência, mas tal postura remete a dependentes que procuram atendimento para que este o cure, porque a família assim deseja, isentando-se de responsabilidades (FIGLIE, 2001). Fica a questão da possibilidade deste movimento também ter ocorrência na família.

Talvez esta seja uma linha de atuação profissional que lida com dependência, no sentido de trabalhar a conscientização do papel de todos os envolvidos

no processo de recuperação : paciente – família – tratamento, entre outros.

Foi observado que as famílias, por mais desprovidas de recursos que possam parecer, tem muita força, interesse e disponibilidade para ajudar na recuperação do seu familiar. Referiram *“não desistir nunca de ajudar”, “aconselhar”, “dar apoio”, “confiar na mudança do familiar” “resgatar dos bares e favelas” e “procurar informar-se sobre a doença”,* como forma de contribuir para a recuperação do usuário.

“O que eu tenho feito é aconselhar, dar apoio, amparei e amparo a hora que ele precisar. Se ele desistir e se quiser tentar de novo eu trago de novo”

(I., 49 anos, companheira de alcoolista)

“Eu vou porque eu não quero que as pessoa mata ele. Porque se deixar abandonado ele na bodega ele passa o dia todinho, ele entra de cinco da manhã até as nove e vem dormir e quando é três hora volta pra bebida de novo”

(J., 67 anos, pai de alcoolista)

As famílias entendem também como ajuda, o *“pagamento de dívidas contraídas pelo familiar”, “ameaças da última oportunidade oferecida”* (última chance). Essas colocações revelam a falta de habilidade do familiar para lidar com determinadas situações muito comuns à dependência química.

O resultados demonstram a necessidade de orientar os familiares a dizer **não** e discutir alguns comportamentos que devem ser evitados, pois podem favorecer ou mesmo financiar o uso de substâncias psicoativas. A grande questão é: *o que fazer?* Tal fato deve ser discutido com os familiares sugerindo uma mudança de comportamento

da família, em busca de alternativas sobre o que fazer para ajudar.

“Já ajudei pagando as dívida dele, porque o que aparece de gente cobrando, que é chamado os aviões né, atrás de matar, não é brincadeira. Até vender objeto meu pra pagar as divida dele eu já fiz isso, eu, a mãe dele, o pai dele. Já ajudei demais”

(E., 23 anos, esposa de usuário de crack)

“Ele foi na minha mãe, pediu, implorou, chorou, disse que ia se matar, pediu pelo amor de Deus pra mim ajudar ele, pois é a última tentativa, porque se você realmente quiser eu lhe ajudo, agora se você não quiser eu não posso fazer nada, é ele pra lá e eu pra cá”

(A.L., 40 anos, esposa de alcoolista)

Foi citado ainda, *“já fiz tudo que podia ser feito”* ou *“procuro não ver o que está acontecendo”*, revelando sentimentos de desistência e negação por parte do familiar. No entanto, interpretamos que tais falas revelaram e significaram, mais defesa e impotência, diante da magnitude e complexidade do problema, do que desistência das famílias.

4.4 Com Relação ao Temário (Grupo Focal II – Após o término do Grupo de Orientação Familiar)

O Grupo de Orientação Familiar teve duração de 02 meses, (08 sessões), às sextas-feiras, de 08:30 às 10:30 horas (120 min.). Conseguimos terminar o grupo com os mesmos participantes do início da pesquisa, ou seja, do primeiro grupo focal. Houve apenas uma substituição de um filho (que por motivo de trabalho), foi substituído pela mãe, no caso, esposa do paciente em tratamento no serviço. O

segundo Grupo Focal foi realizado um dia após o término do Grupo de Orientação Familiar e foram feitos os mesmos questionamentos do primeiro grupo focal, com o objetivo de comparar as respostas dos participantes, após a intervenção executada.

4.4.1 – Primeiro Tema: Opinião dos familiares em relação ao Grupo de Orientação Familiar realizado. Grau de satisfação/insatisfação com relação às expectativas.

Com o transcorrer das sessões, pude observar o crescimento do grupo, que foi ficando mais desinibido e mais autoconfiante. Expressões de dor, tristeza e abandono, foram se transformando em semblantes de alegria, sorrisos e afetos.

“Sou muito solitária e venho aqui com muito prazer. Às vezes me sinto muito cansada, mas o cansaço passa lá pelo ponto do ônibus e eu vou em frente”

(A.L., 40 anos, esposa de alcoolista)

“Antes eu me olhava no espelho e me achava um resto, me achava como se não tivesse mais nem viva, aí fui tentando me levantar e tou me levantando graças a essas reunião e com fé em Deus”

(F. 70 anos, mãe de alcoolista)

As famílias se sentiram acolhidas e revelaram que o grupo possibilitou a ***“aquisição de novas amizades”*** o ***“resgate da auto estima”*** e reconhecimento em relação aos sentimentos negativos, principalmente de ***“vergonha”***, ***“impaciência”*** e ***“desespero”***. Ao perceberem os estados emocionais negativos, o familiar pode entender como, quando, onde e porquê acontecem, de forma a trabalhá-los mais adequadamente, para alcançar o equilíbrio emocional necessário.

“Antes eu tinha um desespero dentro de mim, eu não aceitava, eu tinha vergonha de saber que ele é assim, dele viver usando aquilo e ser meu filho e hoje não, sei que ele é uma vítima muito grande”

(E., 58 anos, mãe de usuário de crack)

“É o resgate da auto-estima, é se descobrir enquanto gente, enquanto ser importante. Hoje eu fiquei feliz, eu achei quem olhasse pra mim e dissesse “você está linda”. Tou me sentindo maravilhosa”

(M. 39 anos, irmã de alcoolista)

Depois do Grupo de Orientação, concluiu-se pelas falas, postura e semblante dos familiares, que eles passaram também a se perceber mais, a repensarem os outros papéis que desempenham na sociedade, assumindo o auto cuidado com outras áreas da vida como, lazer, pessoal, social, espiritual e profissional.

“Eu era muito fechada, tou me livrando das correntes e se livrar dessas correntes é exatamente o resultado do que a gente está aprendendo aqui, então a gente vê uma vida nova estampada, a sensibilidade, a gente sente o impacto quando acorda pra vida”

(A.L., 40 anos, esposa de alcoolista)

“Eu tenho que viver também a minha vida porque eu não morri, eu não parei e eu pretendo ainda viver muito mais e eu desejo pra todas as mães a mesma coisa”

(F. 70 anos, mãe de alcoolista)

O que mais foi citado com relação às expectativas alcançadas foi a *“aquisição de conhecimentos”* e o *“entendimento da dependência química como doença”*, o que propiciou uma *“melhora na comunicação familiar”* e o

“restabelecimento de diálogo” entre usuários e familiares, além do respeito ao usuário como portador de uma doença mental que pode e deve ser tratada. Realmente a dependência química provoca afastamento, gera ruídos na comunicação e devido ao grande ressentimento presente na família, o diálogo fica praticamente impossível. Resgatar esse canal de comunicação entre as famílias é um dos objetivos do Grupo de Orientação Familiar, que acho que foi confirmado com as respostas das famílias.

“A gente entender melhor que aquela pessoa que a gente tem em casa e que já fez raiva, vergonha e tal, é uma vítima muito grande da doença dependência química. E eu não entendia isso, eu achava que meu irmão era vagabundo porque queria, é maconheiro porque queria”

(M., 38 anos, irmã de usuário de crack)

As informações técnicas (em relação à doença), possibilitaram também um ***“melhor manejo com o familiar dependente”*** e aquisição de ***“habilidades para lidar com as recaídas”***. De fato, as recaídas ocorrem em 80% dos pacientes durante o primeiro ano do tratamento e não devem ser encaradas como insucesso ou fracasso do tratamento. É necessário orientar as famílias que a recaída faz parte do tratamento e que o paciente pode aprender com ela, novas habilidades para prevenir recaídas futuras.

“Pra mim mudou muito, porque antes quando eu não participava dessas reuniões, eu falava, eu dizia nomes, falava as coisas e não tinha paciência. E hoje, eu já reclamo de outra maneira, já tem outro jeito e já sabendo como é que eu vou falar e falo”

(C. 45 anos, irmã de alcoolista)

“A gente tem que se permitir estar bem fortalecido, pra poder a gente estar ali com a mão estendida na hora que eles tiverem uma recaída e não recair junto com eles”

(C., 45 anos, irmã de alcoolista)

O que os familiares consideraram como mais importante após a participação no grupo, foram as orientações e informações recebidas. A influência e interação do grupo demonstraram a eficácia de um atendimento grupal de familiares, possibilitando a troca de experiências. Exemplificando, eram comuns pessoas mais jovens com muita disponibilidade para ajudar, estimularem as mães de filhos dependentes químicos que estavam desanimadas e desesperançadas.

“Cada dia que a gente passa por aqui a gente sai com uma nova visão de vida. Eu acho que a semente foi plantada, cada um aqui foi professor. Cada um aqui que contou a história fez com que o outro que estivesse ouvindo crescesse mais ainda na luta do dia-a-dia”

(H., 55 anos, tia de usuário de crack)

Algumas famílias referiram durante as sessões do Grupo de Orientação, que os familiares não estavam usando droga/álcool, à época do estudo, ou que haviam diminuído o uso. Tal dado pode sugerir, que a assistência oferecida simultaneamente à família e paciente, pode ser uma alternativa eficaz no tratamento das dependências, fortalecendo o sistema familiar e ajudando a prevenir recaídas.

“Eu achei que foi mais do que eu pensei e que eu poderia conseguir, eu imaginava muito menos coisa e adquirir muito mais conhecimento, muito mais harmonia dentro de casa, porque antes ele chegava ruim e eu brigava com ele e agora ele não está usando mais nada”

(A.L. 40 anos, esposa de alcoolista)

As expectativas citadas pelos familiares no primeiro Grupo Focal concentraram-se em: aquisição de habilidades pra melhor lidar com o dependente, entendimento da dependência química como doença e dificuldades em lidar com sentimentos negativos (vergonha, preconceito, etc). Comparando com as respostas ao mesmo questionamento, após a realização do Grupo de Orientação Familiar, concluímos que as expectativas dos familiares foram atingidas, constatando a necessidade e o benefício que um grupo de orientação pode trazer para as famílias de dependentes químicos.

Com as expectativas correspondidas e os ganhos pessoais e familiares adquiridos no grupo, os participantes entenderam a necessidade de um tratamento específico para eles, independente do que é oferecido ou não ao seu familiar usuário. Perceberam ainda, que é necessário continuar buscando alternativas de ajuda para si, entendendo a condição crônica da dependência química em suas vidas.

Os familiares sentiram-se autorizados e estimulados a repassar os conhecimentos adquiridos a outras famílias e serem multiplicadores do Grupo de Orientação Familiar, entendendo que para ajudar a si e ao familiar, a arma mais poderosa é a informação.

O segundo questionamento dizia respeito aos sentimentos do grupo, de como eles estavam se sentindo depois do Grupo de Orientação Familiar.

4.4.2 - Segundo Tema: Convivência da família com a dependência química do seu familiar e sentimentos presentes após a realização do Grupo de Orientação Familiar.

Os sentimentos mais citados foram, “*sensação de alívio*” e “*tranquilidade*” e “*ausência ou diminuição do sentimento de culpa*” e de “*vergonha*”.

A culpa é um sentimento muito presente nos familiares, principalmente nos pais. Quando os pais descobrem que o próprio filho está usando droga, a primeira coisa que fazem é perguntar-se: “O que nós fizemos de errado?”. Depois se lembram de todas as brigas que tiveram com o filho e de todas as vezes que foram muito duros ou pouco enérgicos com ele. Os pais não devem se esquecer de que em toda família há brigas, que em toda família há falhas (família perfeita não existe nem nas novelas!). Há usuários de drogas em famílias estáveis e em famílias desorganizadas, em famílias de classe média alta e em outras mais carentes. No entanto, se os próprios pais abusam da bebida ou de alguma droga, as chances de que os filhos venham também a usá-las é maior, mas isso está longe de ser uma certeza. A maioria dos usuários de drogas vem de famílias cujos pais não fazem uso de nenhuma droga. Mas em vez de se culparem ou ficarem deprimidos, os pais devem pensar no que podem fazer para ajudar o filho. (LARANJEIRA, 1998).

“Agora eu aceito, tou assim totalmente liberada de qualquer culpa, de qualquer raiva, antes eu ficava perguntando a Deus aonde é que eu tinha errado”

(H., 70 anos, mãe de alcoolista)

“Meu sentimento é de muita paz, de muita tranquilidade, fiz tudo que tinha que fazer e estou me sentindo bem, principalmente depois das reuniões”

(E, 58 anos, mãe de usuário de crack)

A “*diminuição da desconfiança*” (policiamento) e a “*diminuição do medo*”, foram citados, referindo-se especificamente a condutas do familiar com

relação a furtos de objetos de casa para financiar o uso e a possíveis recaídas. Após a realização do grupo de Orientação, as famílias perceberam que o policiamento ostensivo, por vezes cansa e desestimula o paciente a continuar no tratamento. Com relação às recaídas, compreenderam que faz parte do processo de recuperação do seu familiar e não devem ser encaradas como insucesso e sim, uma mudança de rota no tratamento, mas que pode ser corrigida pelo próprio paciente, com a ajuda da família.

“Tou convivendo melhor, só que a gente fica sempre com um pé na frente e outro atrás, fica com medo, mas eu tou trabalhando esse medo também, porque eu acho que o medo também atrapalha”

(C., 45 anos, irmã de alcoolista)

Comparando com as respostas anteriores em relação aos sentimentos expressados pelo grupo (raiva, tristeza, pena, impotência, repulsa, revolta, decepção e preocupação), foram observadas outras categorias inexistentes num primeiro momento, tais como: melhora no relacionamento; paciência e compreensão; auto-ajuda do familiar e a necessidade de apoio afetivo por parte do familiar, o que pode ter indicado modificações nas atitudes dos familiares.

Também foi necessário abordar o familiar, para que observasse sua conduta (atuação) e seu aspecto emocional, sendo feito alguns encaminhamentos para tratamentos posteriores (acompanhamento psicológico/psiquiátrico, grupos de Al. Anon/Nar Anon) ou no sentido de retomar sua vida em termos profissionais, escolar, social e religiosa.

O penúltimo questionamento foi em relação ao conceito de dependência e motivos que levam ao uso.

4.4.3 - Terceiro Tema: O significado da dependência química. Motivações para o desenvolvimento da dependência

O conceito de dependência foi questionado, para verificar o grau de abstração das informações transmitidas no Grupo de Orientação Familiar e as respostas encontradas foram coerentes: **“conceito de doença”, “necessidade física e psicológica da droga”, “uso diário em termos de frequência e quantidade”** (compulsão), **“não enfrentamento de situações sem a substância”**, retratando bem a dinâmica de funcionamento da personalidade do usuário. Não foi relatado vício/hábito ou fraqueza, o que denotaria uma visão preconceituosa ou moralista, como aconteceu antes da realização do grupo de orientação.

“Infelizmente uma pessoa que usa droga, que é dependente, eu acredito que o próprio organismo chega uma hora que ele pede e as pessoas não resiste, por isso que eu acho que é uma doença”

(J., 67 anos, pai de alcoolista)

Algumas respostas que justificaram os motivos de uso/dependência referiram-se a questões familiares, como: **“pais rígidos” “convivência com o pai usuário”, “separação dos pais” e “hereditariedade”**, fato que se mostra coerente com algumas literaturas (ULLMAN & ORENSTEIN, 1994; NURC; KINLOCK; O’GRADY; HANLON, 1996).

“Eu acho assim que a pessoa passa pelo problema muito grande como ele passou né, a separação, então ele foi buscar no álcool esse preenchimento pra ele e que aquilo ali ia preencher esse vazio, esse vazio que tava nele, aí juntou o pai e foi a continuação dele ficar assim, eu acho”

(M, 39 anos, irmã de alcoolista)

A literatura aponta, que em geral crianças que vivem com um alcoolista, obtêm pontuação inferior nas mensurações de coesão familiar, orientação intelectual cultural, orientação recreacional e independência. Elas normalmente experimentam maiores níveis de conflito dentro da família (FIGLIE; FONTES; MORAES; PAYA, 2004). Abordando o contexto em que o pai é o dependente químico, as conseqüências podem envolver cuidados paternos e padrões inadequados de interação entre pai e filho que acabam por promover agressividade e comportamento anti-social nas crianças, aumentando o risco do desenvolvimento do alcoolismo nos adolescentes, associado ao distúrbio de personalidade anti-social (THOMPSON & KRUGMAN, 2001).

“Eu acredito que foi devido o exemplo que o pai deu quando ele era pequeno, porque o pai dele fumava, bebia e eu acho que ele foi se criando e vendo aquilo ali né?”. Eu acho que foi isso, exemplo do pai é muito importante na vida do filho”

(E., 58 anos, mãe de usuário de crack)

Muitos fatores de diversas etiologias contribuem para o desenvolvimento da dependência química, no entanto, a organização familiar mantém uma posição de saliência no desenvolvimento e prognóstico do quadro. Portanto, a terapia familiar deve ser considerada como parte do tratamento e um programa bem sucedido é essencial na prevenção de recaídas, já que durante o tratamento a família aprende novas formas de lidar com a problemática, demonstrando ser importante aliada no desfecho clínico da dependência química (MARQUES & FORMIGONI, 2000).

Nessa categoria, motivações para o desenvolvimento da dependência química, as respostas foram semelhantes nos dois grupos, acrescidos neste último, da

causa hereditária e do exemplo que o pai usuário pode ser para o filho. O que foi observado, no entanto, foi que tais motivos foram compreendidos pela família, não como um sinal de fraqueza e sim como parte do comportamento do dependente. A família teve a compreensão de que, através de tratamento, o indivíduo pode adquirir habilidades para lidar com suas questões existenciais e emocionais, adquirindo formas de sustentação que previnam ou evitem recaídas. E mais ainda, que os mesmos motivos podem ou não, levar indivíduos diferentes a desenvolverem a dependência, compreendendo que os fatores afetivos, psicológicos e culturais (incluídos aqui a família) então envolvidos na gênese da dependência.

“Muitas coisas acontecem quando a gente não faz parte de um grupo desse, a gente não aceita, não conhece e vai fazer o quê? Se eu tivesse a experiência de hoje, ele não teria ido ao ponto que foi, porque com certeza eu tinha experiência pra ajuda e pra superar junto com ele”

(M., 38 anos, irmã de usuário de crack)

O último questionamento foi sobre como as famílias têm ajudado o familiar usuário após o Grupo de Orientação Familiar.

4.4.4 - Quarto Tema: Auxílio da família ao dependente quanto ao uso de drogas ou álcool. Tratamento da dependência química.

Questões envolvendo afeto por parte do familiar como: **“tratar com carinho igual aos outros filhos”**, **“tentar uma reaproximação”** e **“respeito ao usuário”**, foram muito citados.

“Conversar melhor e dá até oportunidade dele falar, porque eles precisam se expressar e a gente não deixa, a gente cobra, cobra e não deixa eles falarem, aí eles vão e volta de novo pra coisa errada”

(M., 38 anos, irmã de usuária de crack)

“Melhorou muito e tou feliz porque ele também ta feliz, já consegui aproximar a esposa dele e os filhos que tão indo vê ele, ele tando feliz eu também tou feliz”

(C, 45 anos, irmã de alcoolista)

Conversar sobre dependência química, **“sem preconceito ou vergonha”**, deixando espaço para o familiar se colocar na sua individualidade e **“assumir outros papéis na vida”** que foram deixados de lado para viver a vida do familiar usuário, (co dependência), também foi citado como importante para ajudar na recuperação.

“Hoje em dia, depois do que a gente aprendeu aqui eu converso olho no olho com ele sobre a dependência dele e antes eu não conseguia porque eu tinha vergonha, eu acho que era o preconceito”

(A.L., 40 anos, esposa de alcoolista)

As famílias observaram modificações positivas no estilo de vida do dependente após sua participação no Grupo de Orientação Familiar. Referiram a cessação ou diminuição do consumo da substância, melhora no relacionamento familiar e realização de atividades saudáveis por parte do dependente como: tarefas domésticas, passeios com a família, participação em grupos de auto-ajuda e vínculos religiosos.

“Mudou um pouquinho, porque hoje depois que ando nessas reuniões aí eu já cobro dele o carinho na mãe, tanto pra mim fazer nele como ele também chegar e dá um beijo, um abraço, como ele tá fazendo agora. Ele vai sair bem cedo pra vim pra cá e ele vai lá na minha rede e “bença mãe”, aí me beija..., isso ta muito bom”

(F., 70 anos, mãe de alcoolista)

A categoria *“incentivar a procurar/continuar o tratamento”* apareceu dessa vez de forma mais consciente nas famílias. Talvez o fato de terem sido “tratadas” através do Grupo de Orientação Familiar, as fez enxergar que é possível proceder com mudanças de hábitos e comportamentos em dependência química, possibilitando melhoras tanto para si como no relacionamento familiar.

“Sempre convido ele pra vim pro tratamento e falo que o M. já teve aqui, mas até agora ele diz _não, quando chegar o momento eu vou atrás, não precisa ninguém ta me chamando não, eu vou, eu não tou doente não, quando eu quiser eu paro _ , tudo bem, eu sei que eu tou fazendo a minha parte”

(J. 67 anos, pai de alcoolista)

Outro dado importante, foi que as famílias puderam acompanhar de perto o tratamento do seu familiar. Embora o Grupo de Orientação fosse realizado uma vez por semana sem a presença do usuário, o tratamento era no mesmo local, o que possibilitava um encontro salutar entre as famílias semanalmente. As famílias perceberam que o tratamento do usuário o estava ajudando a prevenir recaídas e colocaram como forma de ajuda, incentivar o familiar a aderir/manter-se em tratamento, ou mesmo procurar novamente o serviço em caso de desistência. O conceito de dependência química como uma condição crônica, que faz parte de um “*continnum*” na vida do dependente, foi bem assimilada pelos familiares.

“Eu vou tá sempre lembrando a ele do tratamento que foi bom pra ele, que ele tem que tá sempre se ajudando e sempre procurando ajuda e eu tou aqui sempre lembrando pra ele, porque eu acho que só o motivo de eu vir já lembra”

(C., 45 anos, irmã de alcoolista)

As informações técnicas (conceitos básicos sobre dependência, tolerância, síndrome de abstinência, etc.), orientações (como agir, conversar, o que fazer em casos de intoxicação e/ou recaída, etc), e troca de experiências entre os participantes, foram considerados pelos familiares como muito importantes no Grupo de Orientação Familiar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Corroborando com diversos outros estudos, observou-se na presente pesquisa que a dependência química tem um efeito perturbador e prejudicial sobre o sistema familiar, demonstrando a necessidade de assistência nessa área. Fica evidenciado que o familiar deve ser visto e tratado como uma das “peças-chave” no processo de recuperação em dependência química, podendo contribuir para uma melhora das relações familiares, aumentando a possibilidade do dependente motivar-se a iniciar e manter-se em tratamento.

Os resultados demonstraram que as expectativas dos familiares foram correspondidas com relação aos objetivos propostos nesse estudo. Pôde-se observar uma melhora nos sentimentos das famílias, entendimento do conceito de dependência química como doença e aquisição de habilidades para melhor lidar com o familiar dependente. Observou-se portanto, que a realização de um Grupo de Orientação Familiar com caráter informativo e educativo, pode ser eficiente e capaz de responder as demandas familiares em dependência química.

Esta pesquisa procurou retratar uma experiência com familiares atendidos em um Centro de Convivência para dependentes químicos. Estes dados não podem ser generalizados, pois fazem parte de um estudo com uma população específica. O estudo pôde também sugerir algumas idéias para reestruturação do serviço, trazendo novas perspectivas de trabalho na área.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDOLFI, M.; ÂNGELO, C.; MENGHI, P.; NICOLO-CORIGLIANO, A.M. **A provocação como intervenção terapêutica.** In: **Por trás da Máscara Familiar: um novo enfoque em terapia da família.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 48-68, 1984.
2. ARAÚJO, R.B. et al. **A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome de abstinência.** Psico-USF, v. 9, n. 1, p. 71-76, Jan./Jun. 2004
3. ASEN, K. **Avanços na terapia de famílias e de casais.** In: Griffith E., Dare, C. **Psicoterapia e tratamento das adições.** Porto Alegre, Artes Médicas, p.102-113, 1997.
4. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: edições 70, p. 31, 1997.
5. BEATTIE, M. **Co-dependent no more.** Minneapolis, MN: Hazelden, 1987.
6. BERNIK, M.A. **Planificação do tratamento de alcoolistas.** In: FORTES, J.R.A. e CARDO, W.N. - **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo, Editora Sarvier, 1991.
7. BERTOLETE, J. M.; RAMOS, S. P. **Alcoolismo Hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
8. BEZERRA, V. C. & LINHARES, A.C.B. **A família, o adolescente e o uso de drogas.** In: **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento – Brasília: Ministério da Saúde, v.1 p.184-196. 300 p., 1999.**
9. BEZERRA, V. C. **Adolescentes , drogas e família.** Anais do 55º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria: 235-239. Brasília-DF, 1999.
10. BIERUT, L.J; DINWIDDIE, S.H; BEGLEITER, H.; CROWE, R.R.; HESSELBROCK, V.; NURNBERGER, J.R; PORJESZ, B.; SCHUCKIT, M.A.; REICH, T. **Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism.** Arch. Gen. Psychiatry; v.55(11):982-8; 1998.

11. BLACK, C. **It will never happen to me!** Denver, CO: Medical Administration Company; 1982.
12. BLEFARI, A.L. **A Família e a Drogadicção:** Monografia de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Dependência Química. GREU/USP, 2002.
13. BORDIN, L. S.; **Guia para a família: Cuidando de pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas.** São Paulo-SP 1ªed. Editora Atheneu, 2004.
14. BUCHER, R. **Psicopatologia da Toxicomania e Vivência do Toxicômano.** Revista Brasileira de Saúde Mental. Ano 2, n. 2 e 3, Março/Outubro, 1988.
15. BUNING, E.; GORGULHO, M. ; MELCOP, A.G. ; O'HARE, P. **Álcool e Redução de Danos:** uma abordagem inovadora para países em transição – Ministério da Saúde. Brasília, 142 p., 2004.
16. CABALLO, V. E. **Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos.** São Paulo: Santos, 2003.
17. CALDEIRA, Z.F.; LIMA, E.S.; DIAS, P.T.P. **Uma proposta de trabalho preventivo:** da teoria à prática. - Rio de Janeiro: Kat's Gráfica e Ed. NEPAD-UERJ/CN-DST/AIDS/MS/UNDCP; p. 20-7; 1998.
18. CANOLETTI, B.; SOARES C.B. **Programas de Prevenção ao Consumo de Drogas no Brasil: Uma análise de produção científica de 2001 a 2002** - Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação. V.9,N Setembro / 2004 / Fevereiro, 2005.
19. CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias.** Rev. Saúde Pública,v.30, n.3, p.285-293, 1996.
20. CARLINI-COTRIM, B.; CARLINI, E.A. **O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na Grande São Paulo.** Parte I: estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual. Ver. ABP-APAL; v.8(2):49-58; 1987.
21. CARR MB & VANDIVER TA. **Risk and protective factors among youth offenders.** *Adolescence* 36(143):409- 426, 2001.

22. CASSWELL S. **A decade of community action research.** Subst Use Misuse; 35:55-74, 2000.
23. CATALANO, R.F.; GAINEY, R.R.; FLEMING, C.B.; HAGGERTY, K.P.; JOHNSON, N.O. **An experimental intervention with families of substance abusers:** one-year follow-up of the focus on families project. Addiction; (94) 2:241-54, 1999.
24. CHARBONEAU, P. **Pais, Filhos e Tóxicos,** São Paulo, Ed. Almed, 1983.
25. COLLINS, R.L; LEONARD, K.; SEARLES, J.S. **Alcohol and the family:** research and clinical perspectives. New York: Guilford Press; 1990.
26. DI CLEMENTE, C.C. **Changing Addictive Behaviours:** A Process Perspective. Current Directions in Psychological Science; 2(4): 101-6, 1993.
27. DIAS, C.A. **Grupo focal:** técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Informação & Sociedade, v. 10, n. 2, 2000.
28. DRUMMOND DC. **Theories of drug craving, ancient and modern.** Addiction 96(1): 33-46, 2001.
29. DRYFOOS, J. G. **Adolescents at risk: prevalence and prevention.** New York: Oxford University Press; 1990.
30. FENDER S. **Grupo de Terapia Multifamiliar no tratamento de adolescentes com uso indevido de drogas.** 1999 - Tese (Mestrado).
31. FIGLIE, N. B; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYA, R. **Filhos de Dependentes Químicos com fatores de risco bio-psico-sociais:** necessitam de um olhar especial?. Revista de Psiquiatria Clínica. Brasil, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.
32. FIGLIE, N.B. **Orientação Familiar em Dependência Química.** In: GUILHERME, A.F; MARCOS, C.L; LARANJEIRA, R.; GUERRA, A.; (Org.). Dependência Química - Novos Modelos de Tratamento. Ed. São Paulo, v. 1, p. 125-142, 2001.
33. FIGLIE, N.B.; PAYÁ, R.; KRULIKOWSKI, P.; LARANJEIRA, R. **Intervenção Breve em Familiares de Dependentes Químicos:** resultados de um estudo de seguimento de 30 meses. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 51, n. 5, p. 327-333, 2002.

34. FIGLIE, N.B.; PILON, S.C.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R **Orientação Familiar para Dependentes Químicos:** perfil, expectativas e estratégias. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 48, n. 10, p. 471-478, 1999.
35. FIGLIE, NELIANA BUZI, SELMA BORDIM, RONALDO LARANJEIRA – **Aconselhamento em dependência Química** – São Paulo: Roca, pg. 339-356, 2004.
36. FOCCHI G.R.A.; ANDRADE A.G.; LEITE, M.C.; LARANJEIRA R. **Dependência química: novos modelos de tratamento.** São Paulo: Roca, 2001. p.01-48.
37. FREITAS, L. **Adolescência, Família e Drogas:** a função paterna e a questão de limites. Rio de Janeiro: Ed. Mauad, 2002.
38. FRITZEN, S.J. **Dinâmicas de recreação e jogos.** Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1999.
39. GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. **Tendências do uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/UNIFESP; 1997.
40. GILBERT, M. J. **The anthropologist as alcoholologist:** qualitative perspective and methods in alcohol research. *Int. J. Addict.*, v.25(2A):127-48, 1990/91.
41. GOLDSTEIN, P.J; ABBOTT, W.; PAIGE, W.; SOBEL, I.; SOTO, F. **Tracking procedure in followup studies of drug abusers.** *Am J. Drug Alcohol Abuse*; 4:21-30, 1977.
42. GRIM, O. Armadilhas da obesidade. *Revista Mente & Cérebro*. Ano XIV, nº 169, p.67-71, 2007.
43. HANSON G.R. **New vistas in Drug Abuse Prevention.** *NIDA NOTES* 16 (6):3-7, 2002.
44. HINKLY, D.; LARANJEIRA, R. - **Avaliação da densidade de pontos de vendas de álcool e sua relação com a violência.** *Rev Saúde Pub* 36 (4): 455-61, 2002.

45. HOFFMANN J & CERBONEB FG. **Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis.** In: **Drug and Alcohol Dependence**; 66(3):255-264, 2002.
46. HOLDER HD. **Alcohol use and a safe environment.** *Addiction*; 92 Suppl 1:S117-20, 1997.
47. KALINA, E. **O Indivíduo Drogadependente**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.
48. KALINA, E.; KOVADLOFF, S.; ROIG, P. M.; SERRAN, J. C.; CESARMAN, F. **Drogadição Hoje: indivíduo, família e sociedade.** Porto Alegre, Artes Médicas Sul Ltda, 1999.
49. KAUFMANN, KAUFMANN. **The Family Therapy of Drugs and Alcohol Abuse.** New York: Gardner, 1982
50. KELLER, D.S; GALANTER, M; WEINBERG, S. **Validation of a scale for network therapy: a technique for systematic use of peer and family support in addition treatment.** *Am J. Drug Alcohol Abuse*; v. 23(1): 115-27, 1997.
51. KESSLER F, VON DIEMEN L, PECHANSKY. **Bases Neurobiológicas da Dependência Química** Em: Kapzinski F, Quevedo J, Izquierdo I. **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**, 2ª. Edição, 2003.
52. KESSLER, F.; DIEMEN, L. V.; SEGANFREDO, A.C.; BRANDÃO, I.; SAIBROL, P.; SCHEIDT, B.; GRILLO, R.; RAMOS, S. P. **Psicodinâmica do Adolescente Envolvido com Drogas** - *Rev. Psiquiatria Rio Gd. Sul* v.25 supl.1 Porto Alegre, abr. 2003.
53. KNAPP, P. **Prevenção da Recaída**, In: CORDIOLI, A.V. – *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
54. KRUEGER, R. A. **Focus group: a practical guide for applied research.** Newbury Park, Sage Publications, 1988.
55. LANDAU J. **O poder em números: o método Arise para mobilizar famílias e redes para engajar abusadores de substâncias no tratamento.** *Pensando Famílias* nº 7, ano 6 (7-20), 2004.

56. LARANJEIRA, R.; JUNGERMAN, F.S. E DUNN, J. **Drogas: maconha, cocaína e crack**. São Paulo: Editora Contexto, 1998.
57. LARANJEIRA R, ROMANO M. **Políticas públicas para o álcool**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
58. LOCKLEY, P. **Anxiety, help and support**. In: Working with drug family support groups. New York, p. 1-23, 1996.
59. MACKENSON, G.; COTTONE, R.R. **Family structural issues and chemical dependency**: a review of literature from 1985 to 1991. Am J. Family Ther.; v. 20(3):227-41; 1992.
60. MACRAE, E. **Guiado pela lua**: xamanismo e o uso ritual da ayahuasca no culto do Santo Daime. São Paulo, Brasiliense, 1992.
61. MACRAE, E.; SIMÕES, J. A. **Investigação sobre o uso habitual e auto-controlado da maconha entre camadas médias urbanas**. São Paulo, IMESC, 1988.
62. MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. São Paulo, 2002. Tese (Mestrado) UNIFESP/EPM.
63. MANDERSON, L. **Drugs, sex and social science**: social science research and health policy in Australia. Soc. Sci. Med., v.39: 1275-86, 1994.
64. MARCON, S. S. et al. **Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos**. In: ELSEN, I. et al (Org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá : Eduem, 2002. cap. 4, p.311-336.
65. MARLATT, A. & GORDON, J. **Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
66. MARLATT, A. G. e cols. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

67. MARLATT, A. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 6, p. 867-886, nov./dez. 2002.
68. MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors**. New York, Guilford Press, 1985.
69. MARQUES, A. C.; FORMIGONI, M. L. Comparison of individual and Group Cognitive-behavioral Therapy for Alcohol and/or Drug-dependent Patients. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2000.
70. MARQUES, A.C., CAMPANA, A., GIGLIOTI, A., LOURENÇO, M.T., FERREIRA, M., LARANJEIRA, R. **Consenso sobre o tratamento da dependência da nicotina**. Ver. Bras. Psiqu., 23(4): 200-214, 2001.
71. MARQUESA, A.C.P.R.; CRUZ, M. S. **O adolescente e o uso de drogas**. Revista Brasileira de Psiquiatria; v.22 (Supl. II):32-6; 2000.
72. MATOS, M. T. **O Paciente Dependente Químico: Características de Pacientes Atendidos no Centro de Convivência Elo de Vida – Trabalho apresentado na II Jornada Baiana de Psiquiatria de Psiquiatria, Salvador – Ba, 2003.**
73. MATOS, M.T.; MESSIAS E.L.M.; VASCONCELOS, S.M.M.; BASTOS, E.N.E.; MATOS, E.C. **A utilização das escalas Inventário das Situações de Beber (ISB-42) e Inventário das Situações de Uso de Drogas (ISUD-42) em pacientes atendidos em um Centro de Convivência para dependentes químicos em Fortaleza-CE**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. RENE, vol. 7, n. 2, p. 9-16, Mai./Ago. 2006.
74. MAZUCA, K.P.P & SARDINHA, L.S. **Dependência do álcool: A Importância da Família no Tratamento e na Prevenção da Recaída**. Cadernos de Pós Graduação da Universidade Presbiteriana Mackenzie – Boletim de Iniciação Científica em Psicologia, 2002.
75. METZIER, C.W.; NOELL, J.; BIGLAN, A.; ARY, D.; SMOLKOWSKI, K. **The social context for risk sexual behavior among adolescents**. J. Behav. Med. Aug; v.17(4): 419-38, 1994.

76. MICHELI, D. & FORMIGONI M.L.S. **As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro?** Jornal Brasileiro de Dependência Química 2(1):20-30, 2002.
77. MILLER L, DAVIES M & GREENWALD, S. **Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 39(9):1190-1197, 2000.
78. MINAYO, M.C.S . **O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde.** Hucitec, São Paulo, 1993
79. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em saúde.** São Paulo, Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 21-22, 1999.
80. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
81. MORGADO, A.F.; IGUCHI, T.; BUENO, J.R. **Epidemiologia da dependência de drogas em grupos populacionais do Brasil.** J. Bras. Psiquiatria; v.32(5): 281-92 1983.
82. MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research.** Newbury Park, Sage Publication, (Qualitative Research Methods Series 16),1988.
83. MORIHISA S.R.; SCIVOLETTO S. **Conceitos básicos no tratamento de adolescentes usuários de drogas. In: Aspectos básicos do tratamento das dependências químicas.** Brasília: SENAD. V. 2, cap. 30. p. 57-62, 2002
84. MUZA, G.M; COSTA, M.P. **Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes.** Jornal: Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n.1, p: 321-328, 2002.
85. NEVES DP. **A produção de conhecimentos sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Análise de levantamento bibliográfico.** Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2001.
86. NIDA - **National Institute Drug Abuse, Substance Abuse,** 2002.

87. NOTO, A.R.; FORMIGONI, M.L.O.S. **A Evolução Sócio-Cultural do Conceito de Dependência**. Curso à Distância: Aspectos Básicos do Tratamento das Dependências Químicas. Brasília: SENAD: v.1 cap.1, p.1-6. 270 p. ,2002.
88. NUNES SILVA, C. **A Dinâmica familiar do alcoólatra**. Rev. Bras. Neur. Psiquiat., 5(1): 1-52. São Paulo: Foglio, 2001.
89. NURCO, D.N.; KINLOCK, T.W.; O'GRADY, K.E.; HANLON, T.E. **Early family adversity as a precursor to narcotic addiction**. Drug and Alcohol Dependence v.43: 103-113, 1996.
90. OETTING E.R.; DONNERMEYER J.F. **Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance**. In: Substance Use and Misuse, 33(4), 995-1026, 1998.
91. OLIVEIRA, A, L.C.; **O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas**. O mundo da saúde - SP, 25, (3) julho./set.2001.
92. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Day health of youth** - 1989.
93. PENSO, M. A., SUDBRACK, M. F. **Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho parental**. Psicol. USP vol.15 no.3 São Paulo 2004.
94. PETRA S.M., MICHAEL C., DONMALL PATRICK M.E. **Characteristics of drug users who do or do not have care of their children** . Addiction, 99, 955-961, 2004.
95. PROCHASKA, J.O., DI CLEMENTE, C.C.; In: NORCROSS, J.C. **Search of how people change: applications to addictive behaviours**. Am Psych; (7): 1101-14, 1992.
96. PROCHASKA, J.O.; DI CLEMENTE, C.C. **Toward a comprehensive mode of change**. In: MILLER, W.R. & HEATHER, N. - Treating addictive behaviours: process of change. NY, Plenum, p.3-27, 1986.
97. RAMOS, S.P. **A psicanálise e os dependentes de substâncias psicoativas: onde está o pai?** Revista Brasileira de Psicanálise, vol. 38, nº 3, 2005.
98. ROEBUCK, J.B.A. **A Etiologia do Alcoolismo**. In: The Psychological Approach to Alcoholism. Cambridge, 1983.

99. SANCHEZ et al, *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1):43-55, 2004
100. SANCHEZ, ZILA VAN DER MEER; OLIVEIRA, LÚCIO GARCIA DE AND NAPPO; SOLANGE APARECIDA. **Protective factors from adolescents against drug use emphasizing the role of religiosity.** *Ciência e Saúde Coletiva*.2004, vol. 9, no. 1 pp. 43-55.
101. SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. **A implicação da família no uso abusivo de drogas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.
102. SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.
103. SUDBRACK, M. F. O. **A drogadição na perspectiva relacional e sua abordagem no contexto da saúde.** In E. D. Alves, E. C. Araújo, & S. F. Silva (Orgs.), *Capacitação de instrutores para promoção da saúde em ações anti-drogas* (pp. 71-86). Brasília,DF: SENAD, 2001.
104. SUDBRACK, M. F. O. **Terapia familiar e dependência de drogas: construções teórico-metodológicas no paradigma da Complexidade.** In I. I. Costa, A. F. Holanda, F. C. Martins, & M. I. Tafuri (Orgs.), *Ética, linguagem e sofrimento. Anais, VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia* (pp.273-293). Brasília: Positiva, 2003.
105. SILVA, E. A. **Abordagens Familiares.** *J. Bras. Dep. Quím.*, 2 (supl. 1): 21-24, 2001
106. SILVEIRA, D.X. **Dependências: De que Estamos Falando Afinal?** *Curso à Distância: Aspectos Básicos do Tratamento das Dependências Químicas.* Brasília. SENAD: v.1 cap.5, p.47-54. 270 p., 2002.
107. SOYKA, M; HELTEN, C; SCHAFENBERG, C.O. **Psychotherapy of alcohol addiction: principles and new findings of therapy research.** Munchen, Germany, Universitat Munchen, 2001.
108. STANTON, M. D., & TODD T. C. (1988). *El modelo terapéutico.* In M. D. Stanton & T. C. Todd (Orgs.), **Terapia familiar del abuso y adiccion a las**

- drogas** (C. Gardini, trad., pp 101-159). Buenos Aires: Gedisa. (Trabalho original publicado em 1985)
109. STANTON, M.D. **The family and drug misuse: a bibliography.** Am J Drug Alcohol Abuse;5(2): 151-70, 1978.
 110. THOMPSON, R.S.; KRUGMAN, R. - **Screening Mothers for Intimate Partner abuse at Well-baby Care Visits: the Right Thing to do.** JAMA 285:1628-30, 2001.
 111. TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Ed. Atlas; 173 p; 1994
 112. ULLMAN, A.D.; ORENSTEIN, A. **Why some children of alcoholics become alcoholics: emulation of the drinker.** Adolescence; v. 29(113)1-11; Spring ,1994.
 113. VAILLANT, G.E **A 12-year followup of New York narcotic addicts: III. Some social and psychiatric characteristics.** Arch. Gen. Psychiatry; 15:599-609, 1966.
 114. VELÁSQUEZ, M.M.; MAURER, G.G.; CROUCH, C.; DICLEMENTE, C.C. **Group Treatment for Substance Abuse. A stages of change therapy manual.** New York, Guilford Press, 2001
 115. VESPUCCI, E.F. **O Revólver Que Sempre Dispara: os dependentes de drogas e os caminhos da recuperação, numa abordagem clínica.** São Paulo: Ed. Casa Amarela; 141 p.; 1999.
 116. WILLS T.A, YAGER A.M & SANDY J.M. **Buffering effect of religiosity for adolescent substance use.** Psychology of Addictive Behaviors 17(1):24-31. 2003.
 117. ZEMEL, M. L. S. **O papel da família no tratamento da dependência.** Revista IMESC, nº 3, pp. 43-63, 2001.

7. APÊNDICES

(Apêndice A)

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO

De: Mestranda Maria Teresa Soares Matos

Para: Diretor do Hospital de Saúde Mental de Messejana

Assunto: Solicitação de Pesquisa

Sr. Diretor

Sou Terapeuta Ocupacional e trabalho com Saúde Mental na área de dependência química. Encontro-me cursando o Mestrado Profissional em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará e desenvolvo projeto de dissertação sobre famílias que participam do Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química no Centro de Convivência Elo de Vida. O estudo visa avaliar sob a percepção da família, que melhoras ocorreram no núcleo familiar após participação nos grupos de orientação. Nesse sentido, gostaria de solicitar sua autorização para realização da pesquisa com os familiares dos pacientes em atendimento, ou não, no Centro de Convivência Elo de Vida.

A pesquisa será realizada através de Grupo Focal e as entrevistas serão gravadas com a permissão dos que participarem do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando garantido o sigilo das identidades entrevistadas. Os dados das gravações serão analisados a partir do referencial teórico da Análise de Conteúdo.

Informo que os resultados do estudo serão apresentados ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e divulgados junto a comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial de sua identidade.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Maria Teresa Soares Matos

(Apêndice B)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa entrevistando familiares de dependentes químicos que participam do grupo de Orientação Familiar em Dependência Química no centro de Convivência Elo de Vida. Assim, estou lhe convidando para participar desse estudo.

Esse estudo será realizado com diversos familiares cujos parentes estejam ou não em atendimento neste serviço. O objetivo desse trabalho é avaliar sob a percepção das famílias, que melhoras ocorreram no relacionamento familiar após o Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química.

Para isso se a senhora/senhor concordar em responder algumas perguntas sobre esse assunto, gostaria de pedir permissão para gravar a nossa conversa, pois assim eu não vou perder tempo escrevendo, e ao mesmo tempo eu não vou perder nada do que a senhora/senhor me falar. Gostaria de dizer que a sua participação é voluntária, participa se quiser. Pelo fato de aceitar participar da nossa pesquisa a senhora/senhor não receberá nenhum dinheiro em troca da nossa entrevista. Caso não desejar participar do estudo, a senhora/senhor poderá ter a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo ao seu atendimento no serviço, bem como do seu familiar.

Aparentemente, não sofrerá riscos ou acidentes físicos ao relatar a história do uso de drogas do seu familiar e os prejuízos causados, no entanto, caso isso lhes causar desconforto, tristeza ou outro sentimento poderemos lhe encaminhar para

atendimento com o profissional especializado aqui neste serviço, caso assim o desejar e concordar.

Informo-lhe que os dados obtidos na sua entrevista serão somados aos de outras entrevistas e serão apresentados em relatórios e revistas científicas da área da saúde, sempre omitindo o seu nome, ou qualquer informação que possa lhe identificar.

Caso tiver outras dúvidas, poderá entrar em contato comigo pelo telefone: 3101.43.41

Em face aos motivos acima mencionados gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Atenciosamente,

Pesquisadora

Declaro que tomei conhecimento do estudo realizado pela pesquisadora Maria Teresa Soares Matos, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho que a entrevista seja gravada.

Fortaleza, ____ de ____ de 2007.

Assinatura da Paciente

(1ª Via Pesquisador; 2ª Via Pesquisado)

(Apêndice C - Parte I)

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. NOME: _____
2. IDADE: _____
3. SEXO: () M () F
4. PARENTESCO COM O PACIENTE: () PAI () MÃE () ESPOSA ()
OUTROS: _____
5. ESCOLARIDADE: NÃO ESTUDOU () () 1º GRAU () 2º
GRAU () 3º GRAU () SUPERIOR
6. TRABALHA: (MESMO QUE SEJA INFORMAL): SIM () NÃO ()
7. ESTUDA: SIM () NÃO ()
8. TROUXE ALGUMA OUTRA PESSOA DA FAMÍLIA PARA PARTICIPAR DAS
REUNIÕES: SIM () NÃO ()
9. VOCÊ JÁ RECEBEU ALGUM TIPO DE ASSISTÊNCIA, ANTES DESSE
GRUPO: NÃO () SIM ()
QUAL: _____

(Apêndice C - Parte II)

ROTEIRO TEMÁRIO

GRUPO FOCAL I

(Antes da realização do Grupo de Orientação Familiar)

1. Expectativas dos familiares em relação ao Grupo de Orientação Familiar
2. Convivência da família com a dependência química do seu familiar.
Sentimentos presentes no familiar antes do Grupo de Orientação Familiar.
3. O significado da dependência química. Motivações para o desenvolvimento da dependência.
4. Auxílio da família ao dependente quanto ao uso de drogas ou álcool.
Tratamento da dependência química.

ROTEIRO TEMÁRIO

GRUPO FOCAL II

(Depois da realização do Grupo de Orientação Familiar)

1. Opinião dos familiares em relação ao Grupo de Orientação Familiar realizado.
Grau de satisfação/insatisfação com relação às expectativas.
2. Convivência da família com a dependência química do seu familiar e sentimentos presentes após a realização do Grupo de Orientação Familiar.
3. O significado da dependência química. Motivações para o desenvolvimento da dependência
4. Auxílio da família ao dependente quanto ao uso de drogas ou álcool. Tratamento da dependência química.

(Anexo 1)

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ