

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O FUNCIONAMENTO FAMILIAR À LUZ DO  
PENSAMENTO SISTÊMICO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2005**

**ANAÍDES PIMENTEL DA SILVA ORTH**

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O FUNCIONAMENTO FAMILIAR À LUZ DO  
PENSAMENTO SISTÊMICO**

**Dissertação apresentada como  
requisito parcial à obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, Curso  
de Mestrado, Centro de Filosofia e  
Ciências Humanas.**

**Orientadora: Profa. Dra. Carmen  
Leontina Ojeda Ocampo Moré**

**FLORIANÓPOLIS  
2005**

“Há uma tendência das coisas vivas a se unirem, a estabelecerem vínculos, a viverem umas dentro das outras, a retornarem a arranjos anteriores, a coexistirem enquanto é possível. Este é o caminho do mundo.”

Lewis Thomas

### **Dedicação**

Ao Flávio, meu amor, uma saudade que dói.  
Ao Leonardo, Ana Flávia e Matheus, meus  
filhos, poemas da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A todos os pacientes, especialmente as famílias que sofrem com o fenômeno da dependência química, cuja atitude de confiança e desejo de crescer tem estimulado o meu próprio crescimento.

À equipe do CAPSad do Hospital Espírita Bom Retiro, pela confiança e incentivo ao desenvolvimento dessa pesquisa.

A minha família nuclear, por me proporcionar um contexto íntimo, para meu crescimento e mudança.

Aos meus pais e irmãos pelo estímulo à vida, em especial a minha irmã Socorro, Dra. em Linguística, que revisou parte deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas, pelo respeito e afeto, destacando aqui, as colegas Carol Bertol, psicóloga, dedicada estagiária desta pesquisa, a psicóloga Lucille Fanini e a assistente social Dagmar Salomão, pelas tardes, finais de semana, feriados e madrugadas de revisões e transcrições dos conteúdos deste trabalho.

Aos diretores e colegas do Centro Psiquiátrico Metropolitano pelo apoio, respeito, incentivo e por dispensar-me de horas de trabalho e assim tornar possível à realização deste estudo.

As colegas e amigas da turma de 2003 e 2004 do mestrado da UFSC, grandes egos–auxiliares da minha vida afetiva e acadêmica e que partilharam no meu momento de dor.

A Dra. Carmem L. O. O. Moré, carinhosa orientadora, por tornar fácil um trabalho difícil.

E agradeço a Deus pela vida.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>x</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>04</b>
2.1. Objetivo Geral .....	04
2.2. Objetivos Específicos .....	04
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>05</b>
3.1. A História da Família.....	05
3.2. O Uso de Substâncias Psicoativas na História.....	10
3.3. Conceito e Classificação Das Drogas .....	13
3.4. Uso, Abuso e Dependência Química .....	14
3.5. Políticas De Saúde e a Política Nacional Antidrogas .....	16
3.6. A Família – Concepção Sistêmica.....	18
3.7. O Ciclo Vital Familiar .....	24
3.8. O Funcionamento Familiar e a Dependência Química.....	27
3.9. Dependência Química e Padrões Familiares .....	29
3.10. O Ciclo Vital e a Homeostase Familiar .....	32
3.11. A Família Contemporânea e o Uso de Drogas Psicoativas .....	34
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>36</b>
4.1. Caracterização da Pesquisa.....	36
4.2. Participantes.....	36
4.3. Local .....	37
4.4. Instrumentos para Coleta de Dados .....	37
4.5. Procedimentos.....	39
4.6. O Processo da Coleta de Dados .....	39
<b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
5.1. Caracterização das Famílias Participantes.....	41
5.1.1.Tabela I – Dados Sócio-Demográficos dos Pacientes Participantes da Pesquisa .....	42

5.1.2. Tabela II – Dados Gerais dos Genogramas que Evidenciam as Configurações das Famílias Entrevistadas .....	44
5.1.3. Figura 1 – Genograma da Família K.....	51
5.1.4. Figura 2 – Configuração da Família K .....	52
5.2 Apresentação das Categorias, Sub Categorias e Elementos de Análise .....	53
5.2.1. Quadro 1: Sistemas de categorias que organizam os temas com suas respectivas subcategorias e elementos de análise.....	54
<b>6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
<b>7. METÁFORAS.....</b>	<b>97</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>103</b>
9.1. Referências Consultadas .....	108
<b>10. LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>110</b>
<b>11. LISTA DE TABELA .....</b>	<b>111</b>
<b>12. LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>112</b>
<b>13. ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
Anexo 1 - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada .....	114
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	117
Anexo 3 - Entrevista na Íntegra da Família K .....	129
Anexo 4 - Legenda Para a Construção do Genograma.....	132
Anexo 5 - Genogramas e Configurações Familiares dos Participantes da Pesquisa .....	133
5.1. Genograma e Configuração da Família P .....	134
5.2. Genograma e Configuração da Família B.....	136
5.3. Genograma e Configuração da Família A .....	139
5.4. Genograma e Configuração da Família D .....	141
5.5. Genograma e Configuração da Família L.....	143

ORTH, P. S. A. **A Dependência Química e o Funcionamento Familiar à Luz do Pensamento Sistêmico.** Florianópolis. 2005. f. 145 Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

**Orientadora:** Profa. Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Data de Defesa: 28/11/2005

### RESUMO

A presente pesquisa tem como temática central a família e a dependência química, tendo como base teórica o pensamento sistêmico, no qual está alicerçado o contexto, o padrão relacional dos diferentes atores e sistemas envolvidos. O objetivo deste trabalho foi investigar a estrutura e dinâmica das famílias com um ou mais membros, que estabelecem uma relação de dependência com substâncias psicoativas, que encontra-se em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad. Para o desenvolvimento deste trabalho, utilizou-se o método descritivo-qualitativo no qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que subsidiaram a construção do genograma trigeracional das seis famílias participantes da pesquisa. Os dados obtidos foram submetidos a uma análise de conteúdo, após organizados e agrupados em categorias. Os resultados evidenciaram temas como: início e evolução do uso precoce de droga pelo indivíduo; modelo adicto pelos pais e os membros das gerações anteriores; relacionamentos empobrecidos com os pais, havendo ausência de normas e regras claras; instabilidade familiar; distorção de afetos; doenças mentais pelos pais e gerações anteriores; mortes ocasionadas por doenças devido ao uso de substância psicoativa; carência de vínculos familiares, escolares e comunitários; prevalência de atitudes anti-sociais; comportamentos de mentira, vergonha, culpa, segredos; dificuldade de diferenciação, dentre outros. Como conclusão deste trabalho confirma que: a) as famílias são co-autoras tanto para o surgimento e evolução do abuso da droga, como na busca de tratamento dos membros; b) a impossibilidade de tratar somente o membro adicto devendo sempre incluir-se a família e instrumentá-la com intervenções efetivas; c) ser o genograma não somente um instrumento clínico, interventivo, mas um instrumento eficaz de pesquisa.

**Palavras chaves:** dependência química, estrutura e dinâmica familiar, transgeracionalidade.

## ABSTRACT

This research has as central thematic, the family and the chemical dependency. Its theoretical basis is supported on the systemic thought on which it is based the context, the relational pattern of the different actors and involved systems. The aim of this paper was to investigate the structure and dynamics of families with one or more psychoactive substances addicted members, in which one individual participated in a treatment at the Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad. To develop this work, the descriptive qualitative method was used, carrying out semi structured interviews which subsidized the creation of a genogram over three generations of the six families which participated in the research. The obtained data were submitted to a content analysis, after being organized and grouped in categories. The results made the following themes evident: beginning and evolution of the precocious drug use; parental and previous generation drug use model; impoverished relationship with parents; lack of clear rules; family instability; affection distortion; parental and previous generation mental disorders; deaths caused by illnesses related to psychoactive substances use; lack of family, school and community ties; prevalency of antisocial attitudes; lie behaviors, shame, guilt, difficulty in differentiation, among others. As a conclusion, we confirm that the families are co-authoress as for the emergence and evolution of the drug abuse as for the search of treatment of their members; the impossibility of treating only the addicted member and because of that, the family should be engaged in the treatment with positive intervention; that the genogram is not just a clinic interventive tool but also an effective research instrument.

Key words: chemical dependency, family dynamics and structure, transgeneration

## **Glossário**

### **A – Conceitos Relacionados ao Tema de Adição de Substâncias Psicoativas**

**Abuso de drogas** – consumo de substância psicoativas que produz danos à saúde, podendo ser de natureza biológica, psicológica ou social.

**Atitudes Drogadicta e/ou Drogadictiva** – conceito utilizado nesse trabalho que engloba todos os padrões de adição de drogas, seja referente ao uso, abuso ou dependência\*.

**Adicção** - O substantivo adicção designa em nossa língua a inclinação ou o apego de alguém por alguma coisa. O adjetivo adicto, por sua vez, define a pessoa francamente propensa à prática de alguma coisa – crença, atividade, trabalho – ou partidária, por exemplo de determinados princípios. Enquanto conceito sistêmico permite descentralizar as observações do indivíduo, ampliando-as a um conjunto de relações e de comportamentos.

**Cabral** – Substância que contém maconha e cocaína.

**Codependência** – É uma doença emocional. Uma pessoa codependente é aquela que deixa o comportamento de outra pessoa controlar o seu e que fica, por seu turno obcecada em controlar o comportamento desta outra pessoa.

**Dependência Química** – consumo compulsivo de substância, sem controle e geralmente associado a problemas sérios para o usuário. O diagnóstico de dependência química é baseado em sinais e sintomas, com critérios claros e que permite verificar a existência de diferentes graus de dependência.

**Drogas** – qualquer substância psicoativa que introduzida no organismo modifica uma ou mais de suas funções.

**Drogas Ilícitas** – quando a produção, a comercialização e o consumo de uma determinada substância são considerados crime, sendo proibidos por leis específicas.

**Drogas Lícitas** – quando não é crime produzir, usar, nem comercializar uma determinada substância. Ex: álcool, tabaco, solventes, tranquilizantes.

**Substâncias Psicoativas ou Psicotrópica** – substâncias que agem no cérebro modificando seu funcionamento, provocando mudanças no comportamento, assim como alterações no estado de consciência, no humor, nas percepções e no pensamento.

---

\* Conceito construído pela autora deste trabalho.

**Uso de Drogas** – consumo de qualquer substância durante a vida, podendo ser uso experimental, esporádico ou episódico.

## **B – Conceitos Relacionados ao Tema Família**

**Aglutinação** — termo de S. Minuchin para a perda de autonomia seja ela, psicológica, física e/ou financeira.

**Cibernética** – teoria concebida por Norbert Wiener, que buscou elaborar uma abordagem unificada de problemas de comunicação e de controle. A cibernética procurou unir a arte e a ciência dos sistemas autodeterminados dotados de uma atividade e de uma finalidade. Suas pesquisas levam à criação de conceitos como retroalimentação, auto-regulação e auto-organização.

**Ciclo de Vida Familiar** – são os estágios de desenvolvimento da vida familiar, que vão desde sua constituição até seu desaparecimento. O ciclo de vida familiar permite uma visão da família no decorrer do tempo e do retorno de fases periódicas durante várias gerações, assim como, a interligação que reverbera entre as gerações.

**Circularidade** – é a concepção de que os eventos se relacionam através de uma série de elos interatuantes ou ciclos repetitivos. A circularidade na família se expressa na concepção de que, assim com um círculo, cada membro tem a sua participação e responsabilidade e que todos se influenciam reciprocamente, independente de sua idade.

**Dinâmica Familiar** – repousa na família em ação, em quem exerce os papéis, quem fala com quem? De que maneira? Quando? Construindo assim, os padrões relacionais, modelo que vem passando de gerações a gerações.

**Diferenciação** – a diferenciação diz respeito à capacidade do indivíduo em funcionar de forma autônoma e independente da sua família, movimentando-se assim, para uma maior maturidade emocional e tornando-se cada vez menos essencial para a família de origem. A diferenciação é dividida em graus de separação e varia desde a completa simbiose até a completa autonomia.

**Equifinalidade** – é uma característica dos sistemas abertos cujas condições iniciais iguais podem levar à respostas muito distintas, assim como distintas condições iniciais podem levar ao mesmo resultado.

**Estrutura Familiar** – termo utilizado por Minuchin, no que se refere não só à composição da família, mas também como um conjunto invisível de padrões

transacionais formados por regras e leis que regem a conduta interativa dos componentes.

**Família** – é um sistema aberto e em transformação constante pela troca de informações com os sistemas extrafamiliares. As ações de cada um de seus membros são orientadas pelas características intrínsecas ao próprio sistema familiar, mas podem mudar diante das necessidades e das preocupações externas.

**Família Nuclear** – pais e filhos.

**Família de Origem** – pais e irmãos de uma pessoa e em geral, refere-se à família nuclear original de um adulto.

**Família Ampliada** – engloba todos os parentes e as famílias unidas por casamentos ou outro tipo de união.

**Fronteira** – conceito utilizado na terapia familiar estrutural para descrever as barreiras emocionais que protegem e aumentam a integridade dos indivíduos, dos subsistemas e das famílias. Segundo Minuchin, existem três tipos de fronteiras: **Fronteira Nítida** - quando os membros do sistema familiar usam regras claras de funcionamento intra e intersistemas. **Fronteiras difusas** - quando os membros do sistema familiar utilizam regras inter e intra-sistema pouco claras; e as **fronteiras rígidas** - quando os membros do sistema familiar utilizam regras inflexíveis inter e intra-sistema.

**Genograma** – trata-se de um diagrama esquemático do sistema familiar que permite uma visão trigeracional de uma família e de seu movimento através do ciclo de vida familiar. É feito desenhando-se quadrados que representam os homens e círculos que representam as mulheres e linhas verticais para os filhos. Neste diagrama é possível colocar todos os dados fornecidos pela família.

**Homeostase** – termo utilizado na biologia ou na fisiologia, refere-se ao processo de manter a mesmice, ao devolver um sistema a um estado do qual ele periodicamente se afasta. Um exemplo clássico de mecanismo homeostático é o sistema termostato do corpo humano.

**Homeostase Familiar**—tendência das famílias a resistir à mudança para manter uma situação já consolidada.

**Mitos Familiares** – um conjunto de crenças baseadas em uma distorção da realidade histórica e compartilhadas por todos os membros da família, que ajuda a moldar as regras que governam o funcionamento da família.

**Morfogênese/Morfostase** – e a capacidade do sistema em adaptar-se às exigências externas e internas diversificando assim seu modo habitual de operar e incorporando novos graus de complexidade.

**Paciente Identificado** – o portador dos sintomas ou paciente oficial, na identificação da família.

**Padrões** – são ações repetidas na família e que aos poucos passam a ser reproduzidas sem muito esforço, tornando um modo inquestionável de proceder.

**Padrões Intergeracionais** – são os comportamentos que perpassam de uma geração a outra.

**Papéis Familiares** – definem a posição do indivíduo na família e evocam comportamentos apropriados a esses papéis. Os papéis são em parte descrição e em parte prescrição e apresentam uma influência profunda no comportamento dos indivíduos.

**Pseudoindividação** – quando o indivíduo faz uma tentativa de diferenciar da família, mas que fracassa pela debilidade das fronteiras entre os subsistemas.

**Regras** – são normas e expectativas que governam a vida familiar. As regras descrevem como um sistema familiar funciona e, em geral, exercem uma poderosa influência controladora, embora possam não ser conscientes.

**Relações Complementares** – são baseadas nas diferenças. As relações complementares nos casais se apresentam quando um dos membros assume o outro, obedecendo em tudo e por tudo.

**Relações Simétricas** – relacionamentos baseados na igualdade.

**Resiliência** – Termo originário da física, que significa a “força de recuperação” e retorno de um material ao seu estado original, após ser submetido a forças de distensão, até seu limite elástico máximo.

**Retroalimentação** – são elementos que se ligam de forma circular no qual o movimento inicial se propaga de modo que cada elemento tenha efeito sobre o seguinte, até que o último novamente provoca um efeito sobre o primeiro elemento do ciclo. Como consequência, o primeiro movimento é afetado pelo último o que provoca uma auto-regulação de todo o sistema, uma vez que o efeito inicial é modificado cada vez que passa pelo ciclo. A retroalimentação pode ser aplicável tanto a organismos como para as ciências sociais.

**Retroalimentação Positiva** – consiste de seqüências que amplificam o desvio de modo que o organismo, adapta-se às condições do contexto e consegue sobreviver. Esse

processo de amplificação de desvio, por meio da retroalimentação positiva, tem como consequência uma mudança.

**Retroalimentação Negativa** – quando o sistema recebe uma informação e se mobiliza para que não haja um afastamento do que é tido como norma, uma retroalimentação negativa. Este movimento do sistema apresenta um caráter homeostático e autoconservador.

**Sistema** – um sistema é mais do que a soma de suas partes; são as partes mais as regras segundo as quais funcionam. A família, sendo entendida como um sistema, tudo o que alguém nelas faz, afeta o sistema inteiro.

**Subsistema** – os sistemas são compostos por subsistemas os quais são partes menores que servem a uma variedade de funções. Na família, os subsistemas podem ser determinados pela geração (os pais), sexo (masculino/feminino), interesses e funções. Os subsistemas diferenciam-se também pelos limites.

**Teoria dos Jogos** – teoria formulada a partir do jogo e do conceito de utilidade, princípios estes pertencentes ao campo matemático: analisa as relações sociais enfocando-se mais nas regras do jogo do que no jogo propriamente dito.

**Teoria dos Tipos Lógicos** – Teoria de Bertrand Russel que trata dos níveis hierárquicos de abstração. Nelas uma classe é um tipo lógico diferente de um membro da classe.

**Teoria Geral do Sistema** – teoria científica formulada por Ludwig Von Bertalanffy, (em 1945) que procurava explicar os princípios de organização dos sistemas vivos definindo-os como **sistemas abertos**, ou seja, um sistema que troca informações ou material com o meio ambiente, em oposição a um **sistema fechado** que não o faz. Os sistemas, ainda segundo essa teoria, são entidades complexas que englobam subsistemas e supra-sistemas. Cada subsistema tem limites e autonomia própria, porém interagem e dependem do controle geral do supra-sistema ao qual pertencem.

## INTRODUÇÃO

*“Ao final de nossas longas explorações, chegaremos finalmente ao lugar de onde partiremos ao conhecermos então pela primeira vez”.*  
(T. S. Eliot)

Neste século, o ser humano se defronta com uma série de problemas e grandes desafios decorrentes de seu processo histórico, no que diz respeito, tanto a sua relação com o meio ambiente, como nas relações interpessoais. O ponto em comum entre ambos aspectos é um franco processo de fragilização e desgaste.

Quanto ao meio ambiente, um exemplo concreto é a questão da poluição, nas suas mais variadas expressões e a conseqüente degradação do espaço em que se vive. No que se refere às relações interpessoais, observa-se a insidiosa presença da temática da dependência química, produto da utilização de uma série de substâncias ou drogas de um modo geral, num aumento progressivo, principalmente quanto à utilização das denominadas drogas lícitas e ilícitas, e que trazem graves conseqüências à saúde.

Esta temática, objeto de interesse em termos de atuação profissional e estudo, acompanha a história da humanidade desde a Antiguidade. A droga provocou diferentes impactos no decorrer dos tempos. Passou lentamente de um uso ritualístico, com finalidade de transcendência na Antiguidade, para o consumo contemporâneo de busca de prazer, alívio imediato de desconforto físico, psíquico ou de pressão social, estando presente em todas as classes sociais.

A relação da sociedade com as drogas e a família vem passando por modificações significativas ao longo dos tempos. As transformações trouxeram para a família atual muitos desafios: lidar com as ansiedades e temores frente à violência, ao desemprego, às doenças sexualmente transmissíveis, ao uso de substâncias psicoativas, entre outros.

A família é um tema amplo e complexo, porém só recentemente, na década de 50, tornou-se uma área de estudo no campo da psicologia em que ela própria é o objeto, apesar da sua importância psicológica na constituição do sujeito, no que diz respeito a sua identidade, por meio dos sentimentos de pertinência e diferença enquanto indivíduo.

Uma família é um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança. É também, uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contato direto, laços emocionais e uma história

compartilhada. Portanto, é de fundamental importância compreender este fenômeno tão complexo devido a sua multifatorialidade. Hoje é possível afirmar que não existe um modelo único e generalizado de família no Brasil, e tampouco é possível descrever um perfil único da dinâmica e estrutura das famílias de dependentes de drogas.

Nesta complexidade, os estudos para compreender, conceituar e prevenir a multifatorialidade que permeia a drogadição, conjugam a idéia de que os fatores biopsicossociais interferem diretamente e indiretamente no processo. A drogadição pressupõe a presença da intersecção entre muitos sistemas, ou seja, acontece a interação entre o drogadicto e a droga, o drogadicto com ele mesmo, e o drogadicto e os outros subsistemas com os quais ele se relaciona, como: família, polícia e o tráfico.

A idéia de que há influência da família no desenvolvimento da drogadição é relevante. No entanto, não se pode definir apenas um tipo específico de funcionamento. Nem todas as famílias de dependentes químicos podem ser consideradas não funcionais, mas em muitas ocorre um processo de circularidade em que a não funcionalidade e o abuso de drogas reforçam-se mutuamente, mantendo assim, a homeostase familiar.

Nesse sentido, a presente dissertação buscou aprofundar, desenvolver e melhor compreender os aspectos da estrutura e dinâmica das famílias com um ou mais membros que estabelecem uma relação de dependência com substâncias psicoativas, em um CAPS ad em Curitiba - PR.

Ancorados nos pressupostos epistemológicos e teóricos do pensamento sistêmico, os quais permitiram analisar a complexidade da temática abordada, acredita-se que os resultados deste estudo evidenciam a necessidade indispensável de um trabalho de instrumentalização da família para poder lidar com a situação da drogadição, auxiliando-a a resgatar relações familiares que sustentem o desenvolvimento de ações que promovam a saúde e por conseqüência, a qualidade de vida das mesmas.

Por sua vez, destaca-se a importância da melhor capacitação dos recursos humanos, no sentido de constituírem uma sensível e permanente rede de apoio social, na qual a família possa ser inserida como um participante a mais, ativo e com potencialidades a serem desenvolvidas, para assim criar condições efetivas de transformação para um real enfrentamento desta situação.

A relevância desta temática também se encontra tanto no campo da intervenção como no aspecto psicoeducacional. Através das terapias familiares é possível a construção de um sistema terapêutico que requalifica os pais em sua função educativa,

permitindo reflexão à família sobre suas próprias competências, auxiliando-as a auto-solução.

Para tanto, foram nomeados alguns conceitos fundamentais que visam contextualizar as nomenclaturas utilizadas a fim de facilitar a compreensão dos diferentes enfoques ao tema proposto. Considerando o enfoque multifatorial (biopsicosocial) e sistêmico do presente estudo, outros termos similares da literatura, tais como atitude adicta e drogadictiva, drogadicto, farmacodependente, toxicômano, dependente químico e adicto serão encontrados no glossário e no corpo deste trabalho.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Investigar a estrutura e dinâmica das famílias com um ou mais membros, que estabelecem uma relação de dependência com substâncias psicoativas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os padrões intergeracionais do uso de drogas no sistema familiar;
- Identificar quais os padrões interrelacionais que reforçam o uso de substâncias psicoativas;
- Caracterizar os sub-sistemas presentes no sistema familiar, que sofrem o maior impacto com a dependência química;
- Detectar as estratégias adotadas pelas famílias para a solução de problemas relacionados com o uso de substância psicoativas.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1. A História da Família

*“... A família autoritária de outrora, triunfal ou melancólica, sucedeu a família mutilada de hoje, feita de feridas íntimas, de violências silenciosas, de lembranças recalçadas” (Roudinesco, 2003, p. 21).*

A família, tal como a concebemos hoje, passou por um longo período de transformação. Seu desenvolvimento foi permeado não só por fatores culturais, sociais e religiosos como também políticos e econômicos. Estas influências esculpiram as configurações familiares a partir dos acontecimentos, baseados nos valores de cada sociedade, numa determinada época, na qual as modificações ocorriam de acordo com cada contexto. Nesta perspectiva Engels (2000) afirma que:

*“A única coisa que se pode responder é que a família deve progredir na medida em que progride a sociedade, que deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique; como sucedeu até agora. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema”. (Engels, 2000, p. 91)*

Sendo a família o produto do sistema social onde muitas variáveis estão presentes, sua evolução pode ser narrada a partir de diferentes campos de estudo, resultando em diferentes visões. Desta forma, Osório (2002) descreve que existem várias teorias de desenvolvimento da família, umas enfocam as funções biológicas, outras as funções psicossociais, enquanto que para outros é a parentalidade o foco principal. Existem ainda, de acordo com o autor, teorias que se baseiam no vértice evolucionista. Neste, a evolução da família se dá por diferentes etapas, adquirindo configurações particulares ao longo do processo civilizatório e em diferentes culturas.

Baseando-se no enfoque evolucionista e tendo os sistemas de parentesco como referência, Engels (2000) descreve os estudos de L. H. Morgan sobre a história da família, em que apresenta uma tipologia que permitiu a reconstrução das diferentes formas de família. Esta tipologia também leva em conta a análise materialista da história, ou seja, baseia-se no modo de produção como fator condicionante do desenvolvimento de uma sociedade.

A produção é entendida pelo autor, não só como os meios que permitem a existência do homem, mas também a produção que garante a continuidade da espécie. Dessa maneira, a evolução da família teria o desenvolvimento do trabalho de um lado e da própria família de outro.

Apesar de Morgan ter sua tipologia contestada por investigações posteriores, e além de descrever a família dentro de um enfoque bastante particular, Osório (2002), destaca que sua tipologia ainda é referência para o estudo das configurações familiares. Esta congrega quatro modelos de família: a Família Consangüínea, a Família Punaluana, a Família Sindiásmica e a Família Monogâmica.

O sistema de consangüinidade teria sido a primeira forma de configuração familiar descrita. Sua principal característica se relaciona ao fato de não existir nenhuma interdição sexual, o que permitia ao homem unir-se com parentes próximos. Seria, portanto, uma forma de organização familiar bastante primitiva e considerada como um estágio preliminar necessário para a origem do próximo sistema familiar, a família Punaluana, que surge com o início de algumas interdições no transcurso sexual. Para Engels (2000) as interdições aconteceram gradativamente, sendo a primeira destinada a limitar as relações entre pais e filhos, depois entre irmãos.

As proibições de relações entre pais e filhos, que é caracterizada como o tabu do incesto, assim como entre irmãos, servem como ponto de referência da passagem do sistema consangüíneo para o cultural, assim como, permitiu a formação da estrutura de parentesco (Osório, 2002).

Nesta perspectiva, Lévis-Strauss (1982) descreve que as estruturas de parentesco surgem com a necessidade se definir quais relações eram possíveis e quais eram proibidas. Cria-se então uma nomenclatura que permite uma definição clara do círculo de parentes próximos, delimitando assim as relações.

A Família Punaluana faz surgir as famílias por grupos, que permitiam o casamento de membros entre os grupos, mas com a proibição do casamento entre si. Esses grupos tinham a linhagem materna como referencial de descendência, pois conforme os autores Engels (2000) e Osório (2002), não se podia saber com certeza quem era o pai da criança, mas sabia-se quem era a mãe. Sendo assim, as mulheres eram muito valorizadas e respeitadas, chegando em algumas sociedades a ter o direito de propriedade e participação política.

A passagem do matrimônio por grupos para a Família Sindiásmica aconteceu devido às progressivas regulamentações acerca do matrimônio. Num primeiro

momento, as exclusões englobavam apenas parentes próximos, depois passou-se a excluir parentes mais distantes chegando por fim, excluir até as pessoas vinculadas apenas por aliança, ficando, conseqüentemente, apenas a união do casal como possibilidade.

Neste modelo familiar, um homem passou a viver com uma mulher. Contudo, a poligamia e a infidelidade ainda eram consideradas direitos dos homens, ao contrário das mulheres, que passaram a ser cobradas na sua fidelidade.

A mudança de posicionamento perante a mulher começou quando o homem passou a acumular riquezas e, conseqüentemente, também a ocupar uma posição de maior destaque. A mulher passou então a ocupar um papel secundário e ser cobrada cada vez mais na fidelidade pois, para que os filhos herdassem os bens adquiridos, o homem não poderia ter dúvidas a respeito da paternidade. Dessa maneira o direito materno não poderia mais existir, pois a garantia dos direitos eram adquiridos através da linhagem paterna, mais conhecido como organização patriarcal. (Engels, 2000 ).

É a partir da organização patriarcal que se caminha definitivamente para a Família Monogâmica. A paternidade deveria ser indiscutível e a mulher passou a ocupar uma posição onde lhe era exigido tolerar tudo, guardar a castidade e uma fidelidade rigorosa. Nesta concepção a Família Monogâmica tem a:

*“Fidelidade conjugal como condição para o reconhecimento de filhos legítimos e a transmissão da hereditariedade da propriedade bem como a coabitação exclusiva demarcando o território da parentalidade”. (Osório, 2002, p. 28).*

A Família Monogâmica consolidou-se de tal maneira que passou a ser a ordem conjugal estabelecida. Porém, para se transformar na família nuclear conhecida hoje, muitas mudanças aconteceram.

Outro enfoque abordado na evolução da família refere-se aos estudos de Poster (1979) e Ariès (1981), que têm a sua base na temporalidade, sendo a Idade Média o ponto de partida, até chegar na Época Moderna, cujas famílias foram divididas em: Família Aristocrática e Camponesa dos séculos XVI e XVII, e a Famílias Burguesa e Operária do século XIX.

A Família Aristocrática era estruturada a partir do patriarcado que garantia aos filhos o patrimônio herdado. O lar tinha um caráter público e privado e a educação dos filhos era baseada no respeito à hierarquia social existente. O papel sexual do homem

era o de promover alianças fundiárias e das mulheres de servir a essas alianças. Os casamentos aconteciam a partir de acordos entre os clãs e tinham como objetivo a manutenção da herança latifundiária.

Já a Família Camponesa, para Poster (1979), tinha sua estrutura baseada na necessidade de promoção de condições básicas de sobrevivência. O lar, além de ser uma proteção contra as ameaças externas, também era o local de produção de bens essenciais. O papel sexual do homem era de nutrição e o da mulher, educar os filhos de forma a renunciar a sua individualidade.

No que se refere às crianças, Segundo Ariès (1981) foi na Idade Média que ocorreu uma modificação na maneira como se educavam os filhos. Anteriormente, as crianças com idade de 7 a 9 anos eram enviadas para casa de outras famílias para que aprendessem boas maneiras. Não se sabe ao certo se as crianças eram colocadas como aprendizes, pensionistas ou criadas, mas o motivo dessa medida era que as crianças aprendessem com a prática. Dessa maneira não existia separação entre crianças e adultos, pois a transmissão de conhecimentos de uma geração para outra se dava com a participação da criança na vida dos adultos.

A aproximação da criança com a sua família para que essa pudesse educá-la ocorreu a partir dos Séculos XV e XVII, porém sua valorização não foi estabelecida de imediato. Num primeiro momento, nas Famílias Aristocrática e Camponesa as ligações afetivas com as crianças não eram intensas e estas eram tratadas muitas vezes com frieza e indiferença. Os cuidados para com estas, não eram função apenas da mãe. A Família Camponesa incluía outras pessoas da comunidade e a Família Aristocrática, os servos.

Foi na Família Burguesa que a criança passou a ter um importante valor cultural e social, mudando assim o clima sentimental da família. Para Ariès (1981), o aparecimento do amor materno, assim como o conjugal, favoreceu o progresso para a vida privada e, conseqüentemente, para a intimidade. Segundo esse mesmo autor, o sentimento de família não se desenvolve quando a casa está muito voltada para o exterior. É necessária uma certa distância social para se propiciar uma vida particular.

Poster (1979) coloca que na Família Burguesa do século XIX, o lar tornou-se o espaço propício para as relações íntimas e afetuosas que estavam sendo estabelecidas. Começou-se cada vez mais a valorizar a privacidade da família e a mulher passou então a ser responsável pelos cuidados do lar e dos filhos. O homem, sendo a autoridade dominante, era responsável pela manutenção da casa. Ainda segundo o autor acima

citado, a Família Burguesa, que iniciou com uma mudança no clima sentimental, permitiu a origem de Família Moderna do século XX.

A Família Moderna é fundada no amor. O amor romântico é a razão para a escolha do cônjuge e o amor da mãe pelos filhos funda o mito do amor materno que é classificado como incondicional e inquestionável. Nessa esfera sentimental, o lar é o espaço que permite a expressão do afeto, da emoção e onde se intensifica as relações familiares.

Na Família Moderna não há diferenciação dos papéis sexuais. Homens e mulheres são igualmente valorizados, tendo os mesmos direitos e deveres. Os filhos são o centro da família e para com eles, há uma intensa preocupação. Apresenta diferentes características que variam de acordo com o local e a cultura onde está inserida. Mas por outro lado, o que se pode observar é que pela primeira vez na história da família, se está caminhando para um modelo de estrutura comum a quase todos os povos. Essa família é denominada “Família da Aldeia Global” e é consequência da expansão dos meios de comunicação que diminuem não só as distâncias físicas, mas também as culturais. Embora essa universalização de modelo ainda não tenha acontecido, não tardará para que seja realidade (Osório, 2002).

A Família da Aldeia Global se estrutura a partir da necessidade de convivência em grupo, assim como o desejo ou intenção de procriação. O lar tem objetivo de promover segurança física e psicológica e a educação se baseia no desenvolvimento de aptidões para a vida competitiva.

As relações familiares se baseiam na autoridade materna e paterna e os filhos muitas vezes estão a serviço das expectativas parentais, ou seja, os filhos são o veículo de realização dos desejos dos pais que por alguma razão não puderam ser realizados. Os papéis sexuais são equivalentes, sendo a única diferença encontrada no papel reprodutor. Os casamentos acontecem por consenso mútuo e livre união, sendo que a vida sexual e matrimonial é marcada pela experimentação de distintas formas de obtenção de prazer erótico (Osório, 2002).

Estas mudanças que estão ocorrendo na família atualmente, muitas vezes são chamadas de crise da família, e para muitos a consequência dessas crises é o fim da sua existência. Mas como é possível observar, no decorrer da história da evolução da família, ela pode sim estar em crise, mas para dar lugar a novas formas de configurações.

Segundo Osório (2002) a configuração familiar que surge se depara com novos elementos a serem incorporados e elaborados. Um exemplo, são as separações conjugais cada vez mais freqüentes e que dão origem às chamadas “famílias reconstruídas” e que segundo Engels (2000) tal situação não é nova na história da família, pois antes o matrimônio possui laços frágeis podendo ser dissolvidos por um membro ou pelo outro.

O que é novo, é a forma como as famílias vêm se organizando nas suas relações, na sua dinâmica e na nova forma de convivência que surge. Todas estas transformações significativas pelas quais a família passou e vem passando no decorrer do tempo, apresentam características e dinâmicas, que se alternam conforme as diferentes culturas e a cada fase do ciclo vital familiar. É um sistema cambiante e sua estrutura e funções estão vinculadas às mudanças de paradigma sócio-cultural ao longo do processo civilizatório.

*“Na época moderna, a família ocidental deixou portanto de ser conceitualizada como o paradigma de um vigor divino ou do Estado. Retraída pelas debilidades de um sujeito em sofrimento, foi sendo cada vez mais dessacralizada, embora permaneça, paradoxalmente, a instituição humana mais sólida da sociedade” (Roudinesco, 2003, p. 20).*

Este estudo se refere às famílias com membros adictos que perpassam por processos semelhantes ao descrito no processo evolutivo da família, especialmente na sua estrutura e dinâmica, assim como os papéis e funções de cada membro dentro do sistema.

### **3.2 O Uso de Substâncias Psicoativas na História**

*“A grande intoxicação da humanidade será a das drogas proibidas (maconha, cocaína, crack, ecstasy, heroína e outras), que infelizmente não cedem só a proibição. E trazem, de carona, as drogas legais, para recheiar ainda mais o grande bolo químico...” (Sielski, 1999, p. 28).*

A história do uso de substâncias psicoativas pelo homem se confunde com a própria história da humanidade. Para Seibel e Toscano (2004) a droga se faz presente no cotidiano do homem desde os primórdios. Sendo essa relação ancestral, contínua no

tempo e ligada não só à medicina e à ciência, mas também à religião, à cultura, e à diversão e lazer.

De acordo com Sielski (1999), o homem sempre utilizou as plantas tanto para efeitos medicinais como para provocar a alteração da consciência. Inicialmente algumas drogas, que provocavam diferentes tipos de embriaguez e alteravam o modo de percepção, eram utilizadas em rituais mágicos religiosos com o objetivo de aproximar o homem do paraíso. O uso dentro deste contexto estava associado ao objetivo religioso, portanto restrito aos rituais.

Já, a utilização de determinadas substâncias psicoativas para fins terapêuticos são descritas na Grécia antiga. Seu uso não era regulado por conhecimentos exatos acerca dos mecanismos de ação das substâncias e sim, usado de forma empírica. O aspecto mais importante era saber a proporção entre a dose ativa e a dose letal, o que definiria a substância como sendo remédio ou veneno (Sielski, 1999; Seibel & Toscano, 2004).

Conforme os autores citados, o uso de bebidas alcoólicas também é ancestral e faz parte da história do uso de substâncias pelo homem, podendo-se encontrar na Bíblia relatos da embriaguez de Noé, assim como outras situações onde o álcool era responsável por pecados, como o homicídio.

De acordo com Sielski (1999), a partir da fundação do cristianismo a relação entre o uso de substâncias e a religião mudou completamente. O código cristão condenava o uso das plantas assim como o relacionava aos prazeres da carne, que deveriam ser combatidos. As drogas passaram a ser estigmatizadas não só por seu uso em rituais mágicos e religiosos, mas também por seu uso terapêutico uma vez que aliviavam o sofrimento. A doutrina cristã condenava qualquer substância psicoativa que aliviasse o sofrimento, pois este era entendido como uma forma de aproximação de Deus.

Por outro lado, Seibel e Toscano (2004) descrevem que o Islamismo, possuía uma maior tolerância em relação ao uso de drogas, sendo que a bebida alcoólica era a única proibida por Maomé, o ópio e o cânhamo eram muito utilizados. Relata ainda que o uso do ópio iniciou-se na Mesopotâmia por volta de 3000 anos antes de Cristo e foi muito utilizado como analgésico e calmante, assim como também para fins eutanásicos. O ópio, segundo Holanda (1986), é uma substância extraída da papoula e usado como narcótico.

Outra planta bastante utilizada foi o cânhamo da qual também se origina a *Cannabis*. O cânhamo é uma erva que se originou na Ásia, cujo caule apresenta fibras

têxteis. Por volta de 4.000 A.C., foram encontrados indícios de seu uso na China, com objetivos tanto terapêuticos quanto para facilitar a meditação.

A *Cannabis*, que é derivada do cânhamo, está relacionada à maconha. Segundo Sielski (1999), é uma das plantas mais antigas conhecidas pelo homem e seu uso terapêutico era indicado para cólicas menstruais, asma e inflamação da pele. No momento atual, está sendo utilizada, em alguns países, como droga antiemética no tratamento das náuseas e vômitos provocadas pela quimioterapia em pacientes com câncer.

Em relação ao Brasil, não se sabe ao certo, quem trouxe a planta. O que se sabe é que o seu uso passou dos negros para os índios e para os brancos. Trata-se hoje, de uma droga altamente consumida pela população, particularmente pelos jovens, porém numa escala menor do que as drogas de consumo lícito como álcool e tabaco.

Já a coca é derivada de uma planta chamada *Eritroxylon coca* que cresce nos Andes e há muito tempo é usado pelos índios da América do Sul devido às suas propriedades estimulantes. Para Seibel e Toscano (2004), as folhas de coca se tornaram muito apreciadas na Europa através de Angelo Mariani, primeira pessoa que passou a misturá-las ao vinho. Seu uso era indicado como fortificante e digestivo. Em 1910, muitos outros vinhos passaram a ter cocaína em sua constituição. A coca-cola, refrigerante conhecido até hoje também continha cocaína como o seu princípio ativo até 1903.

A cocaína, por possuir propriedades estimulantes, teve seu consumo expandido rapidamente, inclusive para fins terapêuticos. Freud chegou a escrever artigos indicando seu uso em múltiplas manifestações psiquiátricas, perturbações digestivas e anemias, entre outras patologias. Seibel e Toscano (2004) afirmam que após algum tempo da utilização da cocaína, começou-se a evidenciar problemas decorrentes de seu uso e em 1910 diversas ações governamentais começaram a ser realizadas no sentido de limitar o uso. Porém, uma nova epidemia de uso de cocaína voltaria a acontecer no final do século XX.

Para Sielski (1999), o tabaco, a princípio, só era utilizado pelos povos nativos das Américas e seu uso acontecia em cerimônias religiosas e em rituais de passagem. O princípio ativo do tabaco, a nicotina, foi isolado em 1828 e em 1843 começaram a ser desenvolvidas fórmulas farmacêuticas que permitiram a sua produção industrial.

Assim como o uso de substâncias é conhecido como fazendo parte da história da humanidade, há muito tempo também são conhecidos os problemas decorrentes desse

uso. Segundo Seibel e Toscano (2004), desde o mundo greco-romano se recomenda a moderação e os excessos eram vistos como oferecendo risco para a saúde.

### **3.3 Conceito e Classificação Das Drogas**

A Secretaria Nacional Anti-Drogas – [SENAD] (2002) define o termo droga psicotrópica ou psicoativa como toda e qualquer substância capaz de modificar o funcionamento da atividade cerebral. Sua classificação se dá a partir de diferentes critérios, sendo mais utilizados aqueles que dizem respeito à origem, ao mecanismo de ação e à legalidade.

As drogas, quanto à sua origem, podem ser classificadas como naturais, semi-sintéticas e sintéticas. As drogas naturais são plantas cuja matéria prima é usada diretamente como droga ou extraída e purificada, por exemplo, a maconha. As semi-sintéticas são resultado de reações químicas em laboratórios a partir de drogas naturais, como acontece com a heroína. Já as sintéticas são produzidas unicamente por manipulações químicas em laboratórios, como por exemplo, o LSD (Nicastri & Meyer et al., 2004).

No que se refere à classificação segundo os aspectos legais, as drogas podem ser lícitas ou ilícitas. Uma droga é lícita quando não é crime produzir, usar, nem comercializar e ilícita quando a produção, a comercialização e o consumo são considerados crimes, sendo proibidas por leis específicas (SENAD, 2002).

Para Takahashi (1996) essa classificação varia de cultura para cultura, de acordo com múltiplos fatores, como interesses econômicos e afins. Nos EUA, no Brasil e em alguns outros países da Europa, a cafeína, a nicotina e o álcool são substâncias aceitas, porém, a maconha e a cocaína são drogas ilícitas. Já no Oriente Médio, ao contrário, a maconha é uma droga lícita.

A classificação quanto aos mecanismos de ação é fundamental para a compreensão de como as drogas produzem os respectivos efeitos. As alterações do psiquismo não ocorrem sempre no mesmo sentido e direção, ou seja, modificam o funcionamento de acordo com o tipo de droga psicoativa ingerida. As substâncias podem ser classificadas em 3 grupos, de acordo com a atividade de exercem sobre o cérebro: depressoras, estimulantes e perturbadoras do Sistema Nervoso Central.

As drogas depressoras do Sistema Nervoso Central reduzem a atividade cerebral produzindo uma diminuição da concentração, da atenção, da reatividade à dor e da

capacidade intelectual. Há uma diminuição global no ritmo das ações e das funções orgânicas. No segundo grupo, estão as drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central. Essas substâncias alteram o funcionamento cerebral aumentando o estado de alerta e acelerando os processos psíquicos, assim como diminuem a sensação de cansaço, fome e sono fazendo com que o usuário sinta um estado de excitação (Nicastri, 1999).

O terceiro grupo refere-se às substâncias chamadas de perturbadoras do Sistema Nervoso Central. Essas drogas provocam mudanças qualitativas no funcionamento cerebral produzindo fenômenos psíquicos anormais, como alteração senso-perceptivas e do pensamento. As alterações se manifestam através de alucinações, ilusões e delírios, sem que haja inibição ou estimulação do Sistema Nervoso Central. São drogas responsáveis por mudanças comportamentais e psicológicas, tais como: prejuízo da coordenação motora, euforia, ansiedade e sensação de lentificação em relação à passagem do tempo e julgamento prejudicado (Nicastri, 1999).

### **3.4 Uso, Abuso e Dependência Química**

Segundo Marques e Ribeiro (2003), o conceito de dependência química pode ser entendido como uma condição que varia ao longo de um *continuum* de severidade, onde o ponto inicial é abstinência e o uso experimental. Esse conceito de *continuum* indica, segundo Figlie (2004), que não há uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência. Neste estudo inclui-se a definição de atitudes drogadicivas ou drogadicta como uma forma de englobar todos os padrões de adição pelo indivíduo, seja de uso, abuso ou dependência.

O uso pode ser definido como o consumo de qualquer substância, podendo ser um consumo experimental, esporádico ou episódico. Já o uso nocivo é um padrão de consumo que está associado a algum tipo de prejuízo quer em termos biológicos, psicológicos ou sociais e por fim, a dependência química que é o consumo de substâncias de uma forma descontrolada e associada a muitos problemas para o usuário.

Figlie (2004) coloca os seguintes elementos chaves que podem ser usados no diagnóstico da dependência química: estreitamento do repertório, saliência do uso, aumento da tolerância, sintomas de abstinência, consumo de substâncias para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência, a percepção subjetiva da compulsão para uso e a reinstalação da dependência após abstinência.

O estreitamento do repertório pode ser entendido como a diminuição, cada vez mais, do conjunto de comportamentos do usuário e tem como consequência a aquisição de padrões fixos de repertório pessoal e que se manifestam através de comportamentos tais como, usar a mesma substância, com as mesmas pessoas, nos mesmos horários. Com o avanço da dependência essas circunstâncias vão se tornando cada vez mais relevantes.

A saliência do uso é caracterizada pela prioridade dada à droga. O consumo torna-se a atividade mais importante e tudo gira em torno dela. Todos os compromissos e atividades são planejados de acordo com a existência ou não da droga.

A tolerância desenvolvida ao álcool e às drogas é definida como a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga e que se traduz na necessidade de aumentar progressivamente a quantidade da substância para atingir o efeito desejado ou a redução significativa do efeito quando a dose consumida se mantém estável.

Já abstinência é caracterizada pela alteração comportamental associada a sintomas fisiológicos e cognitivos e que ocorrem devido à interrupção do consumo da substância ou mesmo da redução abrupta da dose consumida.

Outro aspecto preponderante é o consumo de drogas para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. O indivíduo que consome a droga aprende a detectar os intervalos que separam o consumo da manifestação de tais sintomas e passam a consumir drogas de uma forma preventiva a fim de evitá-los (Figlie, 2004).

A percepção subjetiva da compulsão para o uso de substâncias também é percebida pelo indivíduo e é relatada como uma sensação de falta de controle, fissura, *craving* ou ainda como um forte desejo.

E por fim, a reinstalação da dependência após um período de abstinência é classificada como o ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo mesmo após longo período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar dentro de 72 horas de ingestão. A síndrome, dentro da medicina, é entendida como um agrupamento de sinais e sintomas distintos que a definem, e que baseia-se nos critérios utilizados.

Para Marques e Ribeiro (2003), apesar da definição clara dos critérios diagnósticos dos transtornos relacionados ao uso de álcool e de outras drogas, não existe apenas o dependente e o não dependente, ao invés disso, há padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua. Cada indivíduo tem um padrão de consumo diferente, que varia de baixa adicção até a dependência.

### **3.5 Políticas de Saúde e a Política Nacional Antidrogas**

A Política Nacional Antidrogas no Brasil foi uma conquista obtida em 1998 após uma reunião da Assembléia Geral das Nações Unidas. Nesta data o Brasil aderiu aos Princípios Diretivos da Redução da Demanda de Drogas no Mundo (SENAD, 2004).

A Política Nacional Antidrogas tem objetivos e diretrizes bem definidas no que se refere à redução da oferta, redução da demanda, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

Para que ocorra uma redução da oferta, o enfoque é dado na tentativa de diminuir todos os crimes relacionados às drogas assim como combater a lavagem de dinheiro com o objetivo de impedir o lucro com essa atividade ilegal e que está diretamente relacionada ao tráfico de drogas. No que diz respeito à diminuição da demanda são objetivos da Política Nacional Antidrogas manter a sociedade brasileira informada e conscientizada a respeito do uso de substâncias tanto lícitas como ilícitas. Capacitar agentes em todos os seguimentos sociais para trabalhar de forma preventiva e em caráter permanente, assim como promover as modalidades terapêuticas mais eficazes, também são formas para a diminuição da demanda.

As diretrizes para a prevenção também enfocam a informação e a capacitação de líderes que possam servir como agentes multiplicadores desses conhecimentos. Para que a prevenção ocorra são necessárias parcerias e responsabilidade compartilhada não só com as esferas do governo, mas também com os diferentes segmentos da sociedade.

Já no que se refere ao tratamento, recuperação e reinserção social a diretriz recomendada é que se entenda que tratar, recuperar e reinserir socialmente um indivíduo é um processo que inclui várias etapas e que necessita de atuações eficazes com esforços contínuos e permanentes. Também é objetivo definir as normas mínimas de funcionamento de instituições de tratamento, recuperação e reinserção social, assim como estabelecer procedimentos de avaliação das intervenções terapêuticas para que se possa estabelecer comparações de resultados.

O tratamento, a recuperação e a reinserção social estão inseridos dentro da Política de Sistema Único de Saúde Brasileira que presta atenção às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil está baseada nas recomendações básicas mundiais sobre as ações na saúde mental. A rede pública de

saúde, através do Sistema Único de Saúde garante o atendimento dos usuários aos serviços de saúde mental e conseqüentemente às pessoas que sofrem devido aos transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

A organização dos serviços e ações de atenção a usuários de drogas e álcool está baseada na Lei Federal nº 10.216 que engloba a Portaria GM/816 (30/04/2002). Essa Portaria instituiu a implementação, no âmbito do SUS, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas, que regulamenta as normas e diretrizes para a organização dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, incluindo os CAPS voltados exclusivamente para usuários de álcool de drogas, os CAPSad (Ministério Da Saúde, 2002 & SENAD, 2002).

O CAPS é um serviço comunitário ambulatorial e tem como objetivo oferecer atendimento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidados intensivos, comunitários e personalizado.

Os CAPS são organizados tanto a partir da sua estrutura (física, profissional, equipamentos), como também pela clientela a que se destina (crianças, adolescentes, usuário de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves). Eles podem ser divididos em CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad, e também podem variar de acordo com a freqüência necessária.

No que se refere à freqüência, os CAPS classificam seus atendimentos em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O atendimento intensivo é indicado quando o paciente está em situação de crise aguda necessitando cuidados intensivos, sistemático e diariamente. O atendimento semi-intensivo se destina a pacientes que necessitam de um cuidado um pouco menos intenso e passam a freqüentar o CAPS uma ou duas vezes por semana. Já o cuidado não-intensivo atende os pacientes que agendam os atendimentos de acordo com as suas necessidades, poucas vezes por mês. Diferencia-se do ambulatório porque, caso seja necessário, esse paciente pode, por exemplo, ser atendidos no domicílio, diante da impossibilidade de deslocamento até o serviço.

O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, contando com uma equipe técnica mínima. A população a que se destina é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Sua capacidade de atendimentos é de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo.

O CAPS II possui estrutura para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e se diferencia do CAPS I pelo número de atendimentos, que é maior, e a incorporação de recursos humanos.

O CAPS III atende nos períodos diurnos e noturnos, todos os dias, inclusive nos sábados, domingo e feriados contando com uma estrutura permanente de atendimento.

Entre os CAPS que atendem clientela específicas, temos o CAPSi e o CAPSad. O CAPSi destina-se ao atendimento diário de crianças e adolescentes.

O CAPSad é destinado a pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas. O atendimento a esses usuários é diário e permite a construção de um plano terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e continuada. As atividades desenvolvidas pelos CPASad englobam atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterapia, orientação, entre outros), atendimento de grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Esse tipo de CAPS pode também contar com leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento para a desintoxicação.

### **3.6 A Família – Conceção Sistêmica**

*“(...) não se pode conhecer o todo sem conhecer detalhadamente as partes, mas também não se pode compreender as partes sem conhecer bem o todo. Isso requer, portanto, uma explicação circular, que articule as partes e o todo”. (Pascal In: Vasconcellos, 2003, p. 117).*

Durante toda a história da evolução o homem busca meios para explicar e compreender a vida. Cada momento histórico se caracteriza por determinado padrão nas relações humanas que geram diferentes necessidades e dificuldades a serem superadas. Novas concepções se fazem necessárias e, portanto, novos paradigmas surgem, permitindo o desenvolvimento de novas teorias e novas práxis (Grassano, 2001).

Com o surgimento da Teoria da Relatividade de Einstein, alguns profissionais da área de Psicologia passam a compreender os fenômenos do paradigma mecanicista para o sistêmico, fazendo com que a visão do indivíduo fosse ampliada do intrapsíquico para o inter-relacional, podendo vê-lo como um sistema individual em constante relação com o seu sistema familiar nuclear e extenso (Grassano, 2001).

A palavra “sistema” deriva do grego “synhistanai” que significa colocar junto. “Entender as coisas sistematicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações” (Capra, 1996, p. 43).

Portanto, sob a influência do pensamento sistêmico ou ecológico, pensar os sistemas orgânicos, sociais, familiares, segundo os conceitos sistêmicos de inter-relação e interdependência, conduz à percepção do mundo e da vida composta pela interconexão de vários sistemas que se entrelaçam, formando uma trama ainda mais complexa que Capra (1996) denomina de a “Teia da Vida”.

*“A teia da vida consiste em redes dentro de redes. Em escala sob o estreito e minucioso exame, os nodos da rede se revelam como menores. Tendemos a arranjar esses sistemas, todos eles aninhados dentro de sistemas maiores, num sistema hierárquico colocando os maiores acima dos menores, à maneira de uma pirâmide. Mas isso é uma projeção humana, não há acima ou abaixo, e não há hierarquias. Há somente redes aninhadas dentro de outras redes” (Capra, 1996, p. 45).*

A concepção sistêmica percebe o mundo como uma teia de relações, de conexões entre as diversas partes que compõe um sistema vivo. A perspectiva sistêmica tem a ver com as conexões, mas de uma maneira especial com a idéia poética de que quando você segura uma flor em sua mão, descobre que ela está conectada com o universo (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1999).

Para compreender como as idéias sistêmicas se aplicam às pessoas, precisa-se estar atento às conexões e aos padrões repetitivos. É necessário prestar atenção às outras características de qualquer sistema: a presença de subsistemas, a maneira em que suas partes influenciam umas as outras e o fato de que todo sistema inevitavelmente passa por períodos de estabilidade e mudança. Essas idéias são fundamentais para se entender como as famílias funcionam, mas se aplicam também aos sistemas sociais mais amplos que afetam a vida familiar (Minuchin, 1982).

Assim o pensamento sistêmico nos enriquece com a percepção de uma circularidade entre os elementos da família e do social, entendendo que cada um tem seu papel e responsabilidade na manutenção da estrutura e dinâmica social e familiar atual e, por conseguinte, na saúde ou doença mental de seus componentes.

Nessa perspectiva, a família deve ser vista em seu contexto social sem o qual qualquer análise de sua dinâmica emocional poderá ser errônea ou incompleta. Torna-se

necessário localizar a família, ainda que rapidamente, no seu contexto familiar e histórico (Minuchin, 1982).

Minuchin (1982) considera a família um sistema relacional primário hierarquicamente organizado, no qual a mudança de um de seus subsistemas atinge o sistema familiar como um todo. O sistema tem como sua unidade básica o hólón. Koestler (1981) usa o conceito para caracterizar a dupla natureza de cada um dos elementos do sistema.

*“Todo hólón é simultaneamente, parte e todo, isto é, encerra em si duas tendências aparentemente antagônicas: tendência integrativa e tendência auto-afirmativa. Enquanto parte de um sistema maior, ou seja, enquanto subsistema manifesta sua tendência integrativa, sua capacidade de integração. Se enfocado como um todo, como um sistema que contém em si outro subsistema, ele expressa a sua tendência auto-afirmativa, sua autonomia. Todo elemento vivo necessita que essas duas tendências estejam em equilíbrio para que possa haver crescimento. Ao integrar-se a um sistema maior o indivíduo pode desenvolver o sentimento de “pertencer” e, paradoxalmente quanto mais pertence, mais se diferencia e se torna autônomo, mais desenvolve o sentimento de “ser” (Koestler, 1981, p. 70).*

Seguindo o pensamento sistêmico, e pesquisando sobre o tema família encontramos: pessoas aparentadas, que vivem em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos; ou ainda que são pessoas do mesmo sangue ou então ascendência, linhagem (Holanda, 1986).

Outros colaboradores, como Jackson (1981) definiu “família” como uma rede interatuante de comunicação, na qual todos os membros, do bebê de dias até o avô de 70 anos, influencia a natureza de todo o sistema e são, por sua vez, influenciados por estes. Para Haley (1979), um dos fundadores da Terapia Familiar, a família é um tipo especial de sistema, por possuir uma história, isto é, um passado e um futuro. Não podemos, portanto, restringir a família aos relacionamentos consangüíneos. Satir (1980) definiu a família como um grupo composto por adultos de ambos os sexos, que vivem sob o mesmo teto e têm um relacionamento sexual socialmente aceitável. O grupo é mantido, unido por funções que se reforçam mutuamente e que incluem as necessidades sexuais e procriativas, assim como a transmissão de valores culturais, especialmente o de ensinar os filhos a desenvolverem maturidade emocional. Seu objetivo é a criação, sustento e direcionamento de seus membros.

Entretanto, Ackerman (1986) caracteriza a família como um organismo composto da fusão dos fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos: “a família é uma unidade básica de desenvolvimento e experiência, de realização e fracasso. É também a unidade básica de doença e de saúde”. (Ackerman, 1986, p. 36).

Já Bowen, um dos teóricos seminais da terapia familiar, entende a família como uma entidade complexa, constituída por uma série de sistemas e subsistemas entrelaçados. Basicamente, é um sistema de relacionamento emocional cujas raízes podem ser encontradas na natureza biológica do homem. Além disso, para entender determinada família nuclear, é necessário trazer à superfície a família que a originou. Perguntado sobre o que é família, certa vez afirmou: “A família é tudo!”. (Bowen, 1961).

Segundo Minuchin, psiquiatra e um dos fundadores da terapia familiar:

*“Família é um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interação. Estes padrões constituem a estrutura familiar, que por sua vez governa o funcionamento dos membros da família, delineando sua gama de comportamento e facilitando sua interação. Uma forma viável de estrutura familiar é necessária para desempenhar suas tarefas essenciais e dar apoio para a individuação ao mesmo tempo que provê um sentido de pertença....Sei que a família possui recursos inesgotáveis de apoio, amor e carinho e que o bem de muitos será também o bem de cada um. Portanto, tento ajudá-los a ver o contexto mais amplo do self – o self familiar”.* (Minuchin & Fischman, 1990, p. 21)

Neste estudo, o conceito de família está de acordo com o autor acima, que a compreende como um conjunto de pessoas em interação, que possui uma forma de interagir e que seus elementos estão vinculados nos diferentes papéis e subsistemas. Entendendo ainda, que a mudança de uma pessoa na família pode mobilizar mudanças nas outras. Portanto, a família é um sistema em constante evolução, que precisa adaptar sua estrutura às mudanças relacionais inerentes ao ciclo de vida familiar, ao contexto social mais amplo ou ainda às situações específicas de cada membro.

Compreende-se que a estrutura familiar é o conjunto visível e invisível de regras funcionais que governam as transações da família, e quando estas são repetidas, estabelecem padrões duradouros que determinam como, quando e com quem os membros da família se relacionam estabelecendo assim a dinâmica familiar. A estrutura só se torna evidente quando se observa as interações reais entre os membros da família

no decorrer do tempo. As interações isoladas são afetadas por circunstâncias específicas e as seqüências repetidas revelam padrões estruturais (Minuchin, 1982).

Diante de toda esta discussão e evolução destes conceitos, desenvolveu-se uma área específica de estudo e compreensão sistêmica da realidade familiar como um novo paradigma, em especial o questionamento epistemológico da época em que se estudava a Teoria dos Jogos, dos Tipos Lógicos, da Comunicação e Geral dos Sistemas. Esta evolução epistemológica permitiu, por exemplo, que conceitos como o de sistemas, complexidade e suas configurações pudessem ser incluídas na discussão científica, aprimorando e acrescentando elementos fundamentais à compreensão do fenômeno família.

Bertalanffy (1977) introduziu a noção de sistema nas ciências e inaugurou as condições para o desenvolvimento de uma teoria que pudesse dar uma compreensão ampla sobre a realidade, em especial sobre a família. O autor definiu sistema como sendo o conjunto de elementos colocados em interação. As opções e comportamentos de um dos membros influenciam e, simultaneamente, são influenciadas pelos comportamentos de todos os outros.

Embora exista uma definição clara de sistema aberto “*aqueles que se mantêm a si mesmos em contínua troca de matéria e informações com o ambiente*”, e sistema fechado “*aqueles em que não há intercâmbio com o ambiente, ou seja, quando nenhuma matéria entra nele ou sai dele*” (Vasconcellos, 2003, p. 209), este estudo evidencia que existem sistemas com fronteiras permeáveis e impermeáveis às influências do meio ambiente e entre subsistemas no mesmo estágio do ciclo de vida familiar ou entre outros, mostrando que o mesmo sistema que realiza troca de informações com o meio e entre subsistemas, em outros momentos se enrijece, se isola. Assim, este trabalho baseia-se no conceito de sistemas da autora acima, definindo que a família é um sistema que institui fronteiras permeáveis e impermeáveis para trocas de informações com o meio interno e externos, de acordo com seu momento específico.

Nesta perspectiva, Morin (1996) define que um sistema aberto é um sistema que pode alimentar sua autonomia, mas através da dependência em face do meio externo, acrescenta que quanto mais o sistema desenvolve sua complexidade mais ele desenvolverá e mais ele terá dependências múltiplas, pois a construção da autonomia psicológica se dá através das dependências as quais nos submetemos, dentre elas destacam-se a família e a escola.

Percorrendo os textos de Morin (1996) e Vasconcellos (2003), encontra-se propostas de conceituação para complexidade. Partindo da etimologia da palavra que tem sua origem no latim *complexus*: o que está tecido junto, como uma tapeçaria (Vasconcellos, 2003). A primeira vista é um tecido de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados e integrados, sendo ao mesmo tempo uno e múltiplo (Morin, 1996).

E afirma Morin (1991), que complexidade é uma palavra problema e não uma palavra solução. Assim, a complexidade aparece certamente onde o pensamento simplificador falha, mas integra nela tudo o que põe ordem, clareza, distinção, precisão no conhecimento. Enquanto o pensamento simplificador desintegra a complexidade do real, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadores de pensar, mas recusa as conseqüências mutiladoras, redutoras, unidimensionais.

A ambição do pensamento complexo é dar conta das articulações entre domínios disciplinares que são quebrados pelo pensamento disjuntivo; este isola o que ele separa e oculta tudo que o liga, interage e interfere. Neste sentido, o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional. A complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem nosso mundo fenomenal. Então, a complexidade apresenta-se com os traços inquietantes da confusão, do inextrincável, da desordem, da ambigüidade e da incerteza (Morin, 1991).

Não há, portanto, como abarcar a complexidade das relações íntimas familiares em algumas poucas definições, em especial hoje quando está cada vez maior a gama de relações familiares bem como de transformações que esse tipo de vínculo vem sofrendo (Costa, 2002).

A despeito de tantas definições, ressalta-se a incompletude de todas elas. Muitas falam de aspectos específicos da relação familiar, outras de características gerais. Nenhuma, portanto, é globalizante. Sabemos hoje porque o fenômeno chamado família é uma das grandes manifestações da complexidade humana e, como tal, definições atualmente limitadas não podem abarcar o fenômeno como um todo. O pensamento sistêmico, no entanto, procura avançar no sentido desta complexidade.

Em nossa sociedade, o processo da industrialização e urbanização, as rápidas mudanças que se processam na vida social interferem na organização familiar. O desenvolvimento dos meios de comunicação afeta a unidade familiar que deixa de ser uma estrutura rígida para assumir um caráter dinâmico. Estes fatores somados à

profissionalização da mulher introduzem nova configuração dos padrões familiares, ou seja, do comportamento individual dos elementos do grupo familiar no próprio grupo, do grupo frente a outros grupos sociais, e do desenvolvimento de papéis familiares, formas de manutenção ou mudanças da estrutura familiar (Fonseca, 1975).

A atual família brasileira está em fase de transformação no seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto). A inserção da mulher no mercado de trabalho, a ampliação do papel paterno para além das tarefas de provedor, o aumento do número de separações conjugais, as uniões não formalizadas, assim como as mulheres sozinhas cuidando da família são alguns dos inúmeros aspectos que têm contribuído para mudanças. É possível afirmar que não existe hoje um modelo único e generalizado de família no Brasil (Silva, 2001).

Por fim, enfatiza que apesar da família ter uma história antiga, apenas na década de 50 passou a constituir uma área de interesse da Psicologia, com o desenvolvimento da Psicoterapia Familiar como abordagem de tratamento para diferentes problemas, dentre eles, a dependência da droga.

### **3.7 O Ciclo Vital Familiar**

A visão desenvolvimental da família em estágios, com tarefas diferentes permite a sua descrição no decorrer do tempo e ser estudada sob diversos ângulos. Autores como Osório e Do Valle (2002), Cervený (1997), Carter e McGoldrick (1995), dentre outros, abordam estes estágios de forma semelhantes, porém com acréscimos ou subtrações do número de etapas ou pontos de transição. No presente estudo, teremos como base o ciclo de vida familiar a partir de seis estágios a considerar: Jovens adultos solteiros, o novo casal, família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes, lançando os filhos e seguindo em frente e famílias no estágio tardio da vida (Carter & McGoldrick, 1995).

Segundo estes autores, a fase do jovem solteiro marca a busca da diferenciação do eu em relação à família de origem. Este é o período de escolher o que vão levar, o que vão deixar da família de origem, bem como, o que vão construir sozinho. É o momento de estabelecer objetivos pessoais, antes mesmo de juntar-se a outra pessoa e formar um novo subsistema familiar.

O casamento em diferentes culturas costumava ser a principal etapa de transição para vida adulta, no entanto na época atual o lugar do casamento no ciclo vital tem

mudado, sendo que os responsáveis por isso, em grande parte, são os avanços científicos e tecnológicos que substituíram significativamente o perfil das necessidades e dos desejos, bem como das expectativas de vida dos seres humanos em geral (Osório & Do Valle, 2002).

O fato é que a dinâmica do casamento tem sofrido inúmeras transformações, desde o adiamento de ter filhos por vários anos após o casamento ou mesmo casar já grávidos ou com filhos, aumentando assim, as dificuldades a tornar-se casal, independente de ritos do casamento civil ou religioso. Conforme autores como Carter e Mcgoldrick (1995), Nichols e Schwartz (1998), a tarefa de constituir um casal é a mais difícil do ciclo familiar.

Neste estágio tem-se, dentre outras, a tarefa de separação da família de origem através do exercício de autonomia, do desenvolvimento de regras próprias e de negociações relacionais com a família do cônjuge. Conforme Carter e Mcgoldrick (1995), a escolha do parceiro está correlacionada com as lealdades com a família de origem que poderão influenciar positivamente ou negativamente na formação das próprias regras do novo casal, dependendo de como estas estão estabelecidas e resolvidas.

A não funcionalidade desta etapa está baseada nas formas de alianças rígidas com os pais, na competitividade entre os cônjuges estabelecendo uma escala simétrica relacional, ou seja, quem manda mais, quem pode mais.

Como em todos estágios do ciclo vital familiar, o nascimento de um novo membro solicita mudanças estruturais. A atenção da família está voltada para os novos pais e o filho pequeno, numa fase de grandes mudanças e desafios aos relacionamentos. Portanto, tornar progenitor é o fato que identifica esta fase. Esta nova função é constituída pelos aspectos psicológicos, sociais, e é mais do que um vínculo entre duas gerações. Requer do casal, uma revisão do contrato matrimonial buscando-se um equilíbrio entre os papéis conjugal e parental, criando assim, espaço para o filho. Além disso, este estágio tem um significado diferente para o homem e a mulher, pois conforme Carter e Mcgoldrick (1995), enquanto “sentir-se mãe” é algo esperado desde o início da gestação, “sentir-se pai” muitas vezes ocorre após o nascimento do filho, e apresenta impacto diverso na vida do homem e da mulher.

Os padrões não funcionais nesta etapa podem emergir quando acontece uma parada no crescimento relacional do casal, triangulação com o filho ou quando a comunicação acontece através deste.

A fase da família com filhos adolescentes é caracterizada pelo ciclo familiar onde está ocorrendo um processo de transição tanto no desenvolvimento dos filhos, quanto dos pais. Na maioria destas famílias, os pais estão se aproximando da meia-idade e seu foco está nas questões maiores do meio de vida como, por exemplo, de reavaliar o casamento e a carreira profissional. Por outro lado, os filhos estão também em estágios de transições e mudanças inerentes aos aspectos da adolescência como a iniciação sexual, os riscos de violência, início de novos hábitos, dentre outros. Esta fase exige mudanças estruturais e renegociações de papéis nas famílias, na qual a flexibilidade é a chave do sucesso para todo sistema (Carter & Mcgoldrick, 1995).

Os conflitos podem emergir quando há dificuldade para reorganização hierárquica, a falta de acordo dos pais no estabelecimento de novas regras ou pela paralela crise de meia-idade. Outros aspectos também sinalizados pelos autores já citados referem-se aos padrões não funcionais desta fase, relacionados à expulsão ou retenção dos filhos na tentativa de soluções que funcionaram no passado e não mais funcionam.

A fase do “ninho vazio“ é marcada pela saída dos filhos de casa e em muitas famílias coincide com o processo de aposentadoria dos cônjuges, ou mesmo com perdas de membros das gerações anteriores. É o estágio nos quais os relacionamentos ocorrem de adultos para adultos. O aspecto mais relevante nesta fase é que nela ocorre o maior número de saídas e entradas de membros nas famílias, começando com o lançamento dos filhos adultos para vida e prosseguindo com a entrada de seus cônjuges e filhos. Portanto, nesta etapa do ciclo de vida, há a necessidade de adaptação a estas mudanças do contexto familiar, associadas às situações, como por exemplo, de tornarem-se avós, bem como, em muitos casos iniciarem os cuidados para com seus pais.

O padrão não funcional ocorre nesta fase em situações de não solidificação do casamento, e quando não é possível um novo investimento, a família em alguns casos, se mobiliza para segurar o filho caçula ou mesmo quando os pais passam a controlar e impor normas no casamento dos filhos e deixam de reestruturar as suas vidas, agora que já não tem mais aquelas responsabilidades paternas (Carter & Mcgoldrick, 1995).

A família, no estágio tardio da vida, tem como tarefa o enfrentamento de desafios inerente a esta fase no que diz respeito às mudanças com a aposentadoria, a viuvez, a condição de avós e as doenças. Esta requer apoio familiar para auxiliar no ajustamento das perdas, na reorientação e reorganização do sistema. Os conflitos nesta

fase podem acontecer nos casos em que existam dificuldades na elaboração das perdas e de encontrar novo espaço e apoio no contexto familiar.

O ajustamento desta fase, assim como das outras do ciclo vital da família, está atrelado à flexibilidade na estrutura, papéis e respostas a novas necessidades e desafios desenvolvimentais.

### **3.8 O Funcionamento Familiar e a Dependência Química**

O drama da drogadição produz violência, roubos, embargos, intensa instabilidade emocional, períodos de desesperada ansiedade e morte por overdose. Menos evidente, sem dúvida, resulta a instabilidade subjacente a estas flutuações, uma instabilidade que inclui o adicto e a família. Trata-se de fenômenos estáveis em sua previsibilidade recorrente na função que cumprem as pessoas envolvidas (Stanton & Todd, 1985).

Atualmente costuma-se apontar o problema da dependência de drogas tanto como sendo do indivíduo, como do meio em que ele vive. O aumento alarmante de consumo de drogas nos últimos anos fez com que se repensasse a postura tradicional, que tendia a considerar esses indivíduos como desviantes de seu ambiente. Vivemos em uma sociedade onde o consumismo está tão arraigado e difundido que passou a fazer parte do cotidiano, quase como se fosse uma necessidade básica. A mensagem genérica é a de que, para sermos bem situados socialmente ou mesmo para sermos felizes, precisamos de algo externo que nos complete: o carro tipo A, a roupa da marca B, o alimento com X componentes, etc... Ao lado disso, a expectativa é a de que qualquer frustração pode ser aliviada por estes meios. Dentro desse modelo psicossocial, a droga se encaixa como um veículo que pode possibilitar o alcance da completude e a superação mágica das dificuldades. Como consequência deste enfoque podemos pensar que de desviante, o indivíduo dependente é também, emergente do meio social (Brasiliano, 1992).

Esta autora também ressalta que é a partir desta perspectiva, brevemente colocada, que podemos refletir sobre o importante papel da família na determinação dos quadros de dependência, visto que dentro dela se atualizam os mesmos conflitos do contexto macrossocial.

A família se constitui num relevante contexto onde se produz o desenvolvimento afetivo do ser humano. As primeiras relações entre a mãe ou o cuidador principal e o

bebê e posteriormente, o modo como se configura a tríade pai-mãe-filho vão comparecer como fatores fundamentais na estruturação da personalidade do indivíduo e na constituição de sua subjetividade. A rede de relações inter-familiares se organiza dentro de uma estrutura que pode ser descrita em dois pólos extremos: no primeiro caso, a estrutura é estereotipada e rígida, baseando suas condutas na repetição de modelos como forma de manter a estabilidade. No outro pólo está a família “laissez faire” (deixar fazer), onde a elasticidade confunde-se com ausência de limites. A dialética entre estas posições permite pensar a estrutura familiar como flexível e dinâmica, mas ao mesmo tempo consistente para embasar as mudanças necessárias aos seus membros. Esta visão não pretende reafirmar a normatização da família, mas sim descrever uma estrutura segundo as possibilidades que ela fornece a cada membro para que tenham sua identidade desenvolvida (Brasiliano, 1992).

Se abordarmos a adicção não só como uma predisposição fisiológica ou biológica, mas como fenômeno circunscrito ao desenvolvimento familiar, devemos perguntar porque este sintoma é o escolhido, que função cumpre, e como os padrões intergeracionais interferem no uso e abuso de substâncias psicoativas, determinando um funcionamento disfuncional destas famílias.

Os trabalhos da literatura, tais como Stanton e Todd (1985), Steinglass (1997), Vaillant (1983) têm abordado a dependência do álcool e outras drogas como um fenômeno que afeta não somente o usuário, mas também seu sistema familiar, enfatizando assim a importância do estudo do funcionamento relacional dessas famílias.

O desenvolvimento de pesquisas com famílias de dependentes de álcool e/ou outras drogas é relativamente recente, destacando-se os trabalhos de Steinglass (1997), Stanton e Todd (1985), e Kaufmann (1989), dentre outros. Steinglass (1997) estudou, de forma sistematizada, padrões de famílias ou casais tanto durante períodos de beber intenso como em momentos de sobriedade. Jacob et al. (1981) compararam famílias de dependentes de álcool com famílias de não-dependentes, observando o funcionamento familiar quanto à capacidade de comunicação, expressão do afeto e resolução de problemas. Os autores concluíram que o alcoolismo, apesar de seus efeitos debilitantes, pode ter também um importante papel adaptativo e funcional no contexto familiar e marital. Stanton e Todd (1985), Sudbrack (2004), Figlie e Moraes (2004) encontraram uma clara relação entre uso de drogas por adolescentes e uso de drogas pelos pais.

### **3.9 Dependência Química e Padrões Familiares.**

O uso de substâncias psicoativas normalmente começa na adolescência, podendo surgir como consequência das mudanças normais que ocorrem nesta fase, na qual o jovem está experimentando novas condutas, abandonando um lugar infantil e constituindo um outro, está querendo se auto-afirmar nos grupos dos quais faz parte e começa a ter relações íntimas com outras pessoas que não integram o meio familiar. Segundo o que Stanton e Todd (1985) apresentam em seus estudos, na adolescência existem três tempos: o primeiro é o uso do álcool e se manifesta como um fenômeno social; depois vem o uso da maconha, que é influenciado pelos pares; e em terceiro o uso de outras drogas ilegais, e que está associado mais à qualidade da relação estabelecida entre os pais e o filho do que de outros fatores. Desta forma, supõe-se que o uso de drogas mais graves é consequência de uma disfunção familiar.

Conforme Stanton e Todd (1985) mostram em seus estudos nas famílias com dependentes masculinos, a figura materna mantém um comportamento apegado, superprotetor, permissivo com o dependente, o qual este ocupa a posição favorecida em relação aos outros filhos. As mães dos usuários geralmente os descrevem como bem educados e afirmam que nunca deram trabalho. Em compensação, os pais são vistos como ausentes, desapegados e fracos, porém com uma disciplina rude e incoerente, e as relações estabelecidas com os mesmos são negativas. Os irmãos dos usuários masculinos mantêm com o pai uma relação mais positiva e próxima. Porém, segundo os autores, este dados não podem ser generalizados, pois em algumas famílias ocorre que, antes da mãe estabelecer uma relação de apego, é o pai quem o faz e que este se intromete demais nas relações familiares. É comum também encontrar o abuso de álcool pelos pais nestas famílias, que podem ser descritas em dois tipos: uma na qual o pai se apresenta como autoritário e violento, mas é facilmente controlado pela mãe, e outra na qual a mãe tem claramente o poder dentro da família.

Já as usuárias do sexo feminino mantêm com a mãe uma relação de rivalidade e as vêem como figuras autoritárias e superprotetoras; enquanto que os pais são caracterizados como incapazes, indulgentes, sexualmente agressivos e como alcoolistas. Podendo ocorrer nestes casos um risco maior de incesto (Stanton & Todd, 1985).

Em ambas as famílias, tanto as dos usuários masculinos como as dos femininos, há na maioria dos casos a ausência de um dos progenitores, freqüentemente o pai, ou então dos dois, seja por separação ou por morte. O início do uso de drogas, segundo

Stanton e Todd (1985), parece estar associado a esta perda ou então a de outra pessoa significativa, geralmente devido à mortes repentinas e traumáticas. O autor afirma que o tema da morte é muito comum nestas famílias, onde existe sempre uma história de mortes prematuras, inesperadas ou repentinas.

Outro aspecto evidenciado, refere-se a forma de relacionamento entre o membro adicto e seus pais, que se manifesta de forma normal na adolescência, uma vez que o jovem ainda não tem condições de se manter sozinho. Mesmo que o adicto não resida mais com os pais, e que aparentemente demonstre ser independente, existe por detrás uma ligação e uma proximidade muito grande com estes e que pode ser vista na atitude do adicto, quando este protege seus pais e mantém contato maior com eles do que com a maioria das pessoas, seja físico ou por outros meios.

Nas relações estabelecidas com outras pessoas, os usuários tendem a repetir as relações do núcleo familiar, reproduzindo as mesmas regras e os mesmos padrões de interação que seu progenitor de sexo oposto. Nos adictos casados, afirma Stanton e Todd (1985), percebe-se que ao contrário do que se possa imaginar, a influência maior para que a dependência continue é da família de origem, embora o casamento também tenha sua parcela de influência. Neste sentido, o adicto explicita claramente que seus familiares têm muito mais condições de ajudá-los a deixar as drogas do que a esposa. O incentivo dos progenitores para que o filho adicto se relacione afetivamente com alguém é muito pequeno, havendo sempre um incentivo – implícito ou explícito – para que a relação não dê certo e este volte para casa. A mãe do adicto ou disputa-o explicitamente com a nora ou esta a tolera, porém a mãe desencadeia atitudes com o intuito de atrapalhar a relação; ou então a mãe e a nora se unem na superproteção e no trato infantil dado ao adicto. Nas relações de afeto e união geralmente os dois são adictos, mas pode acontecer de um ou nenhum sê-lo antes da relação. Se a relação se formou durante o período de abuso de drogas é provável que se dissolva após o tratamento. As esposas que não são usuárias vêem o tratamento de seus esposos de uma forma muito mais positiva do que as que são.

Nestas famílias, como já dito, os adictos tendem a estabelecer relações externas (grupos de amigos) fortes e que em situações de conflitos buscam refúgios com estes amigos, construindo uma falsa idéia de independência, que é formada, também pela relação que estas pessoas mantêm com a subcultura na qual estão inseridas. Mesmo assim, a união entre os membros familiares é muito forte e explícita, podendo ser até confirmada verbalmente por seus membros, assim como há a formação de alianças

internas. As mães dos dependentes relacionam-se com estes de forma que não há uma separação entre si, o que torna a relação simbiótica, na qual a mãe se apega ao filho desde a tenra idade e trata-o como se tivesse uma idade menor do que realmente tem (Stanton & Todd, 1985).

A diferença cultural entre pais e filhos é outro aspecto encontrado nestas famílias. Este dado foi adquirido a partir de uma pesquisa realizada inicialmente por Vaillant (1983) com imigrantes e seus filhos adictos nascidos em culturas diferentes das de origem de seus pais. Isso porque, segundo a pesquisa, as mães podem sentir falta dos laços familiares que foram deixados para trás e para compensar esta perda acabam se apegando ao filho e não permitindo que este amadureça e se torne independente, o que começa a acontecer na adolescência. Essa pode ser uma das explicações do porquê do início do uso de drogas na adolescência, uma vez que este uso pode ser visto como uma forma de independência e como uma maneira de estar se afastando dos pais.

Autores como Kaufman (1989) e Rezende (1997) destacam em seus estudos que, o drogadicto é o portador do sintoma da disfunção familiar e colabora para manter a homeostase da mesma; reforça o padrão controlador dos pais, mesmo não sendo, tal prática, adequada às suas necessidades; que é comum outros membros da família apresentarem comportamentos aditivos, tais como compulsão ao jogo, à comida, ao trabalho, às drogas e outros. Em muitos casos, o comportamento adicto cria situações para desfocar o problema de relacionamento dos pais; estabelece uma aliança com um dos pais em separado e as fronteiras geracionais (conjugal, parental e fraternal) não estão bem definidas e freqüentemente existe competição entre os pais e irmãos.

Outros dados apresentados por Rezende (1997) estão relacionados com os aspectos psicológicos relacionais destas famílias considerando que, o narcisismo é um fator importante da personalidade dos pais, que reconhecem-se no filho, mas não o reconhecem como indivíduo e mostram-se associados a componentes depressivos, paranóides ou sociopáticos, sendo que estes traços de personalidade se repetem nos filhos. Ainda, famílias pesquisadas pelo autor, apresentam dificuldade de diferenciação, separação e individuação, vínculos simbióticos, conflitos na comunicação e rigidez nos papéis.

Para autores como Stanton e Todd (1985), o efeito da droga provoca uma sensação similar ao apego encontrado na relação do adicto com sua mãe, numa forma de satisfação regressiva e infantil. Por outro lado, este uso também traz a angústia encontrada no processo de separação e de distanciamento desta relação. Na droga, o

adicto também pode encontrar a sensação de poder e de realização pessoal, mesmo que momentânea, que ele não consegue sustentar dentro da família, já que esta necessita de seu fracasso para manter a sua aparente estabilidade. Os adictos também se tornam mais agressivos com seus progenitores, numa tentativa de conseguir e manter uma pseudoindependência, já que eles retornam à família depois do uso. Assim, a família vivencia continuamente a sensação de abandono e de retorno, sendo que esta ambivalência é neutralizada por ela com a justificativa de que o filho estava sob o efeito do uso de drogas no momento em que se tornou agressivo. Este poder alcançado com o efeito da droga também pode ser alcançado dentro da subcultura da droga, uma vez que o adicto pode construir um lugar de respeito dentro desta, à medida que vai formando amizades e de certa maneira se afastando fisicamente de sua família. “Porém, ele só consegue construir este lugar de êxito dentro de um ambiente de fracassados” (Stanton & Todd, 1985, p. 32).

O adicto pode então ocupar um lugar dentro de sua família e outro diferente fora dela, desde que este último seja tolerado pelos pais e não entre em desacordo com o primeiro, resolvendo desta forma o dilema de amadurecer, já que com a construção destes dois lugares, atinge uma sensação falsa de independência.

### **3.10 O Ciclo Vital e a Homeostase Familiar**

A homeostase familiar é a tendência do sistema familiar a manter sua coesão, sua estabilidade e sua segurança no interior do seu meio físico e social. Ela é sustentada por um conjunto de regras próprias de cada família. É o leque das retroações negativas do sistema familiar diante das perturbações que constituem esse conjunto de regras de funcionamento (Miermont et al., 1994).

O problema da dependência química é parte do funcionamento familiar, e contribui para a estabilidade deste sistema. A dependência pode aparecer para resolver um conflito que surge no ciclo vital familiar e, conseqüentemente, faz com que a família permaneça nesta mesma etapa do ciclo vital familiar. A família se encontra paralisada em uma fase do desenvolvimento que é o momento em que os filhos passam pela adolescência e começam a adquirir independência e se desligar da família. Neste momento, ela tem que se reestruturar, principalmente o casal, que terá que sair de uma relação em tríade, composta pela presença dos filhos, para uma díade somente do casal. Esta é a etapa em que o casal teria que voltar sua atenção para a própria relação, que na

maioria das famílias de adictos não é boa. Portanto como não consegue se reestruturar, a família elege então um membro e passa a agir, pressionando – inconscientemente muitas vezes – para que não atinja a independência necessária para se afastar do sistema. Assim, a droga entra como uma maneira de resolver este impasse, pois o indivíduo consegue ter uma sensação imaginária de independência e, ao mesmo tempo, se mantém totalmente dependente da família, uma vez que não consegue desenvolver nenhuma outra atividade na sua vida, já que a droga passa a ocupar posição privilegiada nesta.

Quando o indivíduo começa a tirar a droga deste lugar privilegiado e consegue realizar e ter êxito em outras atividades, a família pode começar a se desestabilizar, uma vez que o casal sente a ameaça de ter que se haver com a sua relação sem o filho como centro dela. Assim os conflitos já há muito deixados de lado pela preocupação com o filho, ressurgem. Diante disso, o indivíduo volta a se comportar de maneira autodestrutiva com o uso de drogas, chamando novamente a atenção da família para si e promovendo a união do casal em torno do problema da droga, o que leva novamente à estabilização disfuncional da família. Este movimento familiar de conflitos e estabilização se repete indefinidamente graças às drogas, pois, quando os pais entram em conflito o adicto agrava seu problema, e se o adicto resolve sair das drogas os pais pioram seus conflitos, o que faz com que o dependente novamente piore (Stanton, Todd, 1985; & Brasil, 2004).

Os estudos dos autores já citados demonstram que, na sua maioria, a família de adictos é um exemplo de um sistema de retroalimentação negativa, uma vez que cada indivíduo deste sistema exerce influência no outro e que acaba influenciando um terceiro, que volta a influenciar o primeiro, fechando o ciclo que se repete continuamente. A morte do adicto não é capaz de tornar funcional este ciclo, uma vez que ele permanecerá presente na dor da família, fazendo com que o casal consiga esconder seus conflitos. Porém, esta resolução não é definitiva, pois o que se percebe é que passado algum tempo de luto, os conflitos do casal começam a reaparecer, e este acaba estabelecendo uma nova tríade com um outro filho ou então acaba se separando.

O tratamento familiar no uso de substâncias químicas possibilita a transformação da retroalimentação negativa, que reduz o desvio ou a mudança, em retroalimentação positiva, que permite mudança, crescimento e transformação; uma vez que a intervenção de um quarto elemento, que é o terapeuta, possibilita a quebra do ciclo, que terá que ser reestruturado. Intervir somente no comportamento disfuncional do adicto

com o intuito de modificá-lo faz com que os pais exerçam uma resistência grande para que a homeostase permaneça. Como o uso da droga traz ao adicto, além de todas as conseqüências ruins, muitos benefícios e muito prazer, mesmo que momentâneo, este acaba cedendo e voltando a usá-la. Desta forma, é necessário intervir simultaneamente em todo o sistema para que este possa realizar e perceber os benefícios das mudanças, diminuindo as resistências colocadas contra a mudança do funcionamento familiar e realizando um tratamento mais completo e assertivo (Stanton, Todd, 1985; Nichols & Schwartz, 1998).

Em contrapartida, para Moraes e Figlie (2004) um fato que muito tem interessado os profissionais da área de saúde é o fenômeno da resiliência, ou seja, enquanto alguns indivíduos buscam a droga para solucionar conflitos familiares, outros, submetidos às mesmas condições ambientais, não fazem uso. O indivíduo resiliente é aquele que submetido às adversidades da vida, consegue enfrentar os problemas, sem vitimizar-se. Para Rutter (1993), resiliência é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ao indivíduo uma vida “sadia”, num ambiente “insano”.

### **3.11 A Família Contemporânea e o Uso de Drogas Psicoativas**

A droga é parte integrante da nossa sociedade. Ela se encontra em toda parte: no contexto familiar, na escola, nos ambientes de trabalho, nos lugares de diversão. Hoje não se pode mais tratar do problema da droga ligando-o apenas a uma patologia individual e ignorando o contexto sócio-cultural e econômico onde o jovem está inserido, como a pressão do grupo, discriminação social e privação, modismo, problemas familiares, evasão escolar, etc. Em tal contexto social é que vão ocorrer as várias transformações, vinculadas a um processo normal de transição, aonde o adolescente busca o crescimento, a individuação, a experimentação de novas condutas, a auto-afirmação e o desenvolvimento de relações íntimas com pessoas alheias à família<sup>1</sup>.

A temática da dependência química de drogas constitui-se hoje em um fenômeno de impacto social crescente, devido ao aumento alarmante de consumo das mesmas. Sua inserção no contexto familiar provoca um estado de tensão, ruptura nas relações familiares de origem, constituindo-se assim, num fenômeno complexo, em que muitos fatores convergem para seu surgimento e sustentação. O avanço das pesquisas nesta

---

<sup>1</sup> Palestra proferida pela autora no Conselho de Psicologia do Paraná – CRP, em Agosto de 2003.

área evidenciaram a necessidade de repensar a postura tradicional, que tendia a considerar esses indivíduos como desviantes de seu ambiente (Brasiliano, 1992).

Kaufmann (1989) ressalta que, para os farmacodependentes, a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas terapêuticos. Frisando o papel da família na drogadição, outros estudiosos como Stanton e Todd (1985); McGoldrick (1995); O'Farel e Stewart (1997); Kalina (1999); Sudbrack (2000); Silva (2001); e Brasil (2004), têm salientado que dificilmente é possível sustentar a melhora de um paciente sem que atuemos em seu meio familiar, apontando que diferentes estratégias podem ser utilizadas na terapia familiar, desde que sejam considerados os padrões comuns de relacionamento destas famílias e um procedimento para controlar o uso da droga estabelecido.

Já em 1993, Galanter afirmava que o problema do abuso de substâncias psicoativas adquiriu crescente prevalência em todo o mundo, o que vem estimulando inúmeras propostas de tratamento orientadas especificamente às dependências. De maneira geral, estas propostas abordam o paciente em múltiplos níveis, de forma a incluir não só o indivíduo dependente, mas também sua família.

A experiência clínica e mesmo a pesquisa literária comprovam esta noção, pois freqüentemente, a mesma família que encaminha o adicto ao tratamento resiste, de maneira consciente ou não, à sua melhora, à retomada da sua vida ou seja, sua recuperação.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Caracterização da Pesquisa**

Para o desenvolvimento do presente estudo, adotou-se como método de pesquisa o descritivo-qualitativo. Descritivo no sentido em que procurou-se descrever, agrupar e interpretar os componentes existentes na estrutura e dinâmica da família adicta e qualitativo, por ser o mais indicado ao tratar-se de dados subjetivos, uma vez que permite o contato direto com o sujeito pesquisado, através do qual ele pode revelar-se tanto em sua fala quanto em seu silêncio, obtendo-se uma referência a seu respeito e do mundo que o cerca, ou seja, suas atitudes, valores, aspirações e crenças. Significados estes que, segundo Minayo (2001) vão além das mensurações quantitativas.

### **4.2 Participantes**

Os participantes desta pesquisa foram seis famílias integrantes do grupo Psicoeducacional, desenvolvido por psicólogos de um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas – CAPSad, situado em Curitiba – PR. Os encontros do grupo eram realizados semanalmente, e tinham por objetivo promover a orientação aos familiares de pacientes com diagnóstico de dependência química que estavam em tratamento no CAPSad.

Os critérios utilizados para a adesão das famílias à pesquisa foram os de interesse demonstrado por elas em participar de forma voluntária, e ao mesmo tempo aquelas que atendiam aos critérios já estabelecidos:

- Famílias com um ou mais membros dependentes de substâncias psicoativas;
- Famílias de pacientes com mais de um mês de tratamento no CAPSad;
- Famílias de pacientes que possuam idade superior a 18 anos, com diagnóstico de Dependência Química nos critérios do CID 10 (Classificação Internacional de Doenças).

Para os objetivos desta pesquisa, foi considerado como família o grupo de pessoas que acompanhava o tratamento do paciente nos grupos acima mencionados e, que apresentava ligação com este através de laços sanguíneos e afetivos, representados por pai, mãe, filhos, irmãos, cônjuges e cunhados.

As famílias pesquisadas constituíram-se de membros com faixa etária de 20 a 42 anos, pertencentes à classe social economicamente desfavorecida e residentes nos bairros de periferia da cidade de Curitiba-PR.

Cabe destacar, em termos de dificuldades evidenciadas na seleção das famílias participantes o fato delas pouco freqüentarem as atividades do grupo referido (1 vez ao mês), e apresentarem fatores como: dificuldades financeiras para o deslocamento, desistência do tratamento por parte do paciente ou cansaço e frustração da própria família, diante das freqüentes recaídas do parente em tratamento. Associado a isso, a maior demanda desse grupo referia-se às famílias, cujos membros eram adictos somente de substância psicoativa etílica, impossibilitando a participação destes na pesquisa. Assim, apresentava-se um menor número de famílias presentes no grupo com membro adicto de álcool e outras drogas, objeto este de interesse dessa pesquisa.

#### **4.3. Local**

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPSad, localizado na cidade de Curitiba-PR. O presente local foi selecionado tendo por base os seguintes critérios: tempo de existência desse tipo de atendimento ao dependente químico, aproximadamente de dois anos; ser uma rede alternativa de atendimento; prestar atendimento diário aos usuários, garantindo atenção e acolhimento; promover o acolhimento dos familiares para orientação sobre o tratamento dos parentes, bem como informar a importância da família neste contexto.

Esse centro possuía atendimento em grupo, atendimento individual, atendimento familiar e atendimento espiritual. Era composto por uma equipe multidisciplinar formada por psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social, psiquiatras, professor de educação física, auxiliares de enfermagem, enfermeiro, e orientador do serviço de assistência espiritual. Essa equipe encontrava-se semanalmente, em reunião clínica e reunião de equipe, para avaliar e discutir todos os procedimentos de unidade.

#### **4.4. Instrumentos para coleta de dados**

Para a operacionalização da coleta de dados foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e o genograma trigeracional da família.

A entrevista semi-estruturada, foi utilizada como subsídio à construção do genograma familiar. A modalidade desta prevê a possibilidade de manter o foco no interesse da pesquisa e procura o sentido particular da experiência. Já o genograma familiar representa o mapeamento gráfico da “história e do padrão familiar, mostrando a estrutura básica, a demografia, o funcionamento e os relacionamentos da família”, configurando-se como um gráfico sumário dos dados coletados (Gerson & Mcgoldrick in Carter & Mcgoldrick, 1995, p.145). Este recurso explora os esquemas familiares e explicita a estrutura familiar ao longo de várias gerações e das etapas do ciclo de vida familiar, além dos movimentos emocionais a ele associados (Legenda para a construção do genograma, Anexo 4).

Evidenciam-se, ainda, no genograma: a) os nomes e idades de todos os membros da família; b) datas exatas de nascimentos, casamentos, separações, divórcios, mortes, abortos e outros acontecimentos significativos e, c) indicações datadas das atividades, ocupações, doenças, locais de residência e mudanças no desenvolvimento vital.

Em síntese, Asen e Tomson (1997) definem que a árvore familiar ou genograma é uma maneira de reconstruir a família sobre o papel, e diante dele explorar os padrões de enfermidade e de relações ao longo das gerações, pois:

- Combina informação biomédica e psicossocial;
- Clarifica padrões transgeracionais de enfermidade e condutas problemáticas;
- Situa o problema atual em um contexto histórico;
- Permite ao clínico e ao paciente estudar como explorar os mitos e modificar esquemas familiares; e,
- Tem um grande valor diagnóstico e terapêutico.

Assim, neste estudo a construção do genograma foi subsidiada pela entrevista semi-estruturada, que investigou a estrutura e dinâmica das famílias adictas que possuem um ou mais membros dependentes de substâncias psicoativas, mapeando concomitantemente as configurações relacionais destas, através do levantamento dos seguintes aspectos:

- Do surgimento e da evolução da atitude adicta;
- Mantenedores do comportamento adicto;
- Subsistema familiar impactado com o comportamento adicto;
- Organização relacional da família adicta;
- Como essas famílias solucionam seus problemas; e,

- Padrões familiares adictos ao longo das gerações;

#### **4.5. Procedimentos**

Após o projeto de pesquisa ter sido devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição e posteriormente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, deu-se início a um período de observação do grupo de orientação psicoeducacional com a finalidade de entender a dinâmica da instituição e estabelecer um primeiro contato da pesquisadora com as famílias dos pacientes em tratamento no CAPSad. Através da sua participação nas reuniões semanais deste grupo, esclareceu-se o motivo de sua presença e foram apresentados aos participantes os objetivos do estudo, ao mesmo tempo em que formulou-se o convite à participação do mesmo. O período destinado especificamente à coleta de dados ocorreu de março a junho de 2005.

#### **4.6. O Processo de coleta de dados**

O processo da coleta de dados deu-se através dos seguintes passos:

- Observação dos grupos psicoeducacionais:

A participação nas reuniões do grupo de familiares constituiu uma estratégia anterior e complementar à realização das entrevistas. Anterior, uma vez que serviu como instrumento de aproximação da pesquisadora com os participantes do grupo facilitando a seleção e inclusão das famílias na amostra; e complementar, na medida em que acrescentou aos dados as experiências vivenciadas em grupos. Neste aspecto Moré e Crepaldi (2004) enfatizam a importância de o pesquisador examinar o campo reconhecendo não só a linguagem verbal e não verbal, mas também como ocorrem as relações entre os diversos subsistemas, sejam elas feitas de forma metafórica ou representadas pelos comportamentos propriamente ditos, auxiliando assim na compreensão e significação dos dados. Sugerem ainda as autoras, uma “aliança estratégica do pesquisador” com um membro representativo da equipe, no sentido de evitar que a sua presença cause um impacto no contexto a ser pesquisado. Essa estratégia impede que algum tipo de boicote ocorra por parte de integrantes da equipe, devido à falta de compreensão e conhecimento dos objetivos da pesquisa.

- Entrevista com a família:

Estas foram agendadas com os familiares que aderiram à pesquisa, e foram realizadas nos mesmos dias do grupo psicoeducacional, às segundas-feiras pela manhã, em local que garantia aos entrevistados privacidade no momento dos relatos. Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos de pesquisa, era lido o termo de consentimento informado e questionado sobre seu entendimento (Anexo 2). Os dados obtidos a partir das entrevistas foram registrados manualmente, uma vez que a Instituição não permitia gravações ou filmagens. Para tanto, a pesquisadora contou com a colaboração de uma estagiária com formação na área de dependência química, para auxiliar no registro dos conteúdos verbais e não verbais (Anexo 1).

- Construção do genograma:

A construção do genograma foi feita concomitantemente à entrevista, que iniciou-se com a seguinte orientação:

“Obrigada por terem aceitado participar deste estudo e por terem convidado os outros membros da família. Como falei anteriormente, este é um estudo sobre o funcionamento de famílias com um ou mais membros dependentes químicos. O nome de vocês não aparecerá, somente as iniciais. Vamos iniciar fazendo a árvore da família de vocês e das famílias de origem, na qual serão registradas informações sobre todos os membros da família ao longo de três gerações. Para tanto, eu gostaria que vocês falassem quem são, as pessoas que fazem parte da família, as idades, ocupações, eventos marcantes como: nascimento, casamento, morte, doenças, conflitos, separações, perdas ou mudanças de empregos, mudança de residência, uso de substância psicoativa, e outras coisas que acharem importantes. Vocês devem responder as perguntas com base na compreensão de vocês sobre a família. Podemos começar?”

A pesquisadora ficou à disposição das famílias para realizar mais encontros com as mesmas em virtude da mobilização que eventualmente poderiam estar suscitando, tanto através da confecção do genograma como das perguntas da entrevista, com a preocupação de acolher a família, além do trabalho da pesquisa propriamente dita. Algumas famílias solicitavam terapia com a pesquisadora. Esta então, fazia a escuta, acolhia, explicava seu papel na instituição e encaminhava-as para o profissional especializado da equipe de trabalho.

As entrevistas tiveram, em média, duração de duas horas sendo que, para três famílias foi necessário um segundo encontro para a finalização do genograma.

## **5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 Caracterização das Famílias Participantes**

Para apresentação e melhor visualização dos dados obtidos na caracterização das famílias pesquisadas, elaborou-se tabelas com o intuito de melhor agrupar a diversidade das informações coletadas.

A tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos da amostra das famílias entrevistadas com membros dependentes de substâncias psicoativas. Os pacientes identificados eram do sexo masculino com a idade entre 21 a 42 anos. Quanto ao estado civil, um era casado e três eram amasiados sendo que um deles reamasiou-se por quatro vezes. Quanto à escolaridade, três cursaram o ensino médio completo, um o ensino médio incompleto e dois o ensino fundamental incompleto. Desse total, cinco tinha profissão; (1 açougueiro, 1 empresário, 2 mecânicos e 1 agente de segurança) e 1 deles definiu-se sem profissão. De acordo com os relatos, o início do uso de drogas aconteceu na pré-adolescência e adolescência, sendo que três iniciaram com álcool, dois com inalantes, um com maconha e todos evoluíram para outras drogas como: álcool, cigarro, inalantes, maconha, lança-perfume, cocaína e crack. Quando ao aspecto legal, quatro dos participantes tiveram problemas com a justiça. O diagnóstico de todos os pacientes era de dependência química, CID F19.2, e os mesmos encontravam-se em tratamento no CAPSad, sendo que três encontravam-se na modalidade de tratamento intensivo, dois em semi-intensivo e um, não intensivo. Quanto aos membros das famílias que participaram da entrevista, a maioria era figuras femininas, que corresponderam a 78,57%, distribuídos em: quatro mães, três irmãs, uma esposa e três companheiras. Da figura masculina participaram dois pais, um cunhado e um enteado, correspondendo a 21,43%.

**5.1.1. Tabela 1 – Dados Sócio-Demográficos dos Pacientes Participantes da Pesquisa**

<i>Família Entrevistada</i>	<i>Paciente Identificado (PI)</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Início do Uso</i>	<i>Evolução do Uso, Abuso e Dependência</i>	<i>Relacionamento coma justiça</i>	<i>Data de entrada no Capsad</i>	<i>Regime de Tratamento</i>	<i>CID</i>
Família P. Pai, Mãe	R.P. Ctba	Masc.	21	Ensino Médio Completo	Açougueiro	Solteiro	12/13 anos	Álcool/ Cigarro/ Maconha/ Cabral/ Cocaína/ Crack	Assalto à mão armada/ Corrupção de menores	24/09/04 SUS	Intensivo	F19.2
Família B. Pai, Mãe, Companheira, Irmãs	Oj. B. Ctba	Masc.	42	Ensino Médio Completo	Comerciante Empresário	Amasiado	13/14 anos	Maconha/ Álcool/ Cocaína/ Crack	_____	17/07/03 SUS	Não Intensivo	F19.2
Família A. Irmã e Cunhado	A.L. Ctba	Masc.	23	Supletivo do Ensino Fundamental incompleto	Mecânico	Solteiro	14/15 anos	Cola/ Tinner/ Álcool/ Cigarro/ Crack	Roubo e Porte de drogas	23/02/05 SUS	Semi Intensivo	F19.2
Família K. Companheira e Mãe	R.L. Ctba	Masc.	27	Ensino Médio completo	Mecânico	Amasiado	15/16 anos	Álcool / Maconha/ Cola/ Inalante/ Lança-perfume/ Cocaína	Justiça do Trânsito Acidente de carro, alcoolizado	07/03/05 SUS	Semi Intensivo	F19.2
Família D. Mãe, Companheira e Filho	D.F. Ctba	Masc.	22	Ensino Fundamental Incompleto	Não tem	Amasiado	11 anos	Inalante/ Álcool/ Maconha/ Crack	Responde à inquérito na delegacia da mulher por agressão à companheira	20/01/05 SUS	Intensivo	F19.2
Família L. Esposa	M.L. Faz. Rio Grande	Masc.	30	Ensino Fundamental incompleto	Agente de Segurança	Casado	16 anos	Álcool / Cigarro / Cocaína/ Crack	_____	17/03/05 SUS	Intensivo	F19.2

A tabela 2 mostra dados gerais do genograma os quais evidenciam as configurações das famílias entrevistadas. A família nuclear apresentou os seguintes padrões repetitivos: a) separação e recasamentos pelos progenitores e família constituída pelo paciente identificado, b) conflito conjugal, super envolvimento da figura feminina (mãe, irmã e esposa), figura paterna distante/ausente, c) conflito com a figura de padrasto, d) conflito com o sistema fraterno, e) conduta anti-social pelo paciente identificado; f) uso de substância psicoativa pelo paciente identificado, pai, mãe, irmãos, cunhados e padrastos. Quanto à família de origem paterna, evidenciou-se: a) relacionamento distante em relação ao sistema da família nuclear; b) uso de substâncias psicoativas pelos bisavôs, avós, tios e primos, sendo que dois pacientes desconheciam a história da família paterna. No que se refere à família de origem materna apresentou eqüitativamente: a) relacionamento de normalidade e distanciamento do sistema da família nuclear, b) uso de substâncias psicoativas pelos avós, tios e primos. Quanto ao subsistema conjugal do paciente identificado, constatou-se: a) separação, recasamentos, conflito conjugal; b) padrão de agressividade, super funcionamento da cônjuge e c) uso de substâncias psicoativas pelo paciente identificado e pelas companheiras.

5.1.2. Tabela 2 – Dados Gerais Dos Genogramas Que Evidenciam As Configurações Das Famílias Entrevistadas

<div style="text-align: center;">PI</div> <div style="text-align: left;">Configurações Familiares</div>	Família P	Família B	Família A
Família Nuclear	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição: Pai, Mãe, Filho (PI)</li> <li>- <b>Conflito Conjugal</b></li> <li>- <b>Figura Materna: superenvolvimento com o PI</b></li> <li>- <b>Figura Paterna: distante</b></li> <li>- <b>Conduta Anti Social do PI</b></li> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (PI)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição Familiar: Pai, Mãe, três Filhas e um Filho (PI)</li> <li>- <b>Figura Materna: superenvolvimento com o PI</b></li> <li>- <b>Figura Paterna: Frágil/distante</b></li> <li>- <b>Conflito no sistema Fraternal</b></li> <li>- <b>Uso de substância psicoativa (PI e cunhado)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição familiar (<b>separação</b>): 1° casamento – pai, mãe e três filhos; 2° casamento – pai, mãe e filha (abandonada); 3° casamento – pai, mãe e filho (PI), 4° casamento – pai, mãe e filho adotivo</li> <li>- <b>Conflito conjugal</b></li> <li>- <b>Ausência de figura paterna</b></li> <li>- <b>Conflito com a figura do padrasto</b></li> <li>- <b>Figura materna: superenvolvimento</b></li> <li>- <b>Conduta Anti Social</b></li> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (Pai, padrasto, cunhado, irmão)</b></li> </ul>
Família de Origem Paterna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de substâncias Psicoativas (bisavós, tios, primos)</b></li> <li>- <b>Relacionamento distante em relação ao sistema nuclear familiar</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (avó, tio)</b></li> <li>- <b>Relacionamento distante em relação ao sistema familiar nuclear</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Desconhece a história da família paterna</b></li> </ul>
Família de Origem Materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de Substâncias Psicoativas (avó, tios e primos)</b></li> <li>- <b>Relacionamento distante em relação ao sistema familiar nuclear</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (sistema agregado – maridos das tias e primos)</b></li> <li>- Relacionamento normal com o sistema familiar nuclear</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (avós, tios, primos)</b></li> <li>- <b>Relacionamento distante em relação ao sistema familiar nuclear.</b></li> </ul>
Sub Sistema Conjugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solteiro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Separação</b></li> <li>- <b>Recasamento</b></li> <li>- <b>Adição de Substância Psicoativa (companheiras do PI)</b></li> <li>- <b>Relacionamento conflituoso</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solteiro</li> </ul>

<b>PI</b> <b>Configurações Familiares</b>	<b>Família K</b>	<b>Família D</b>	<b>Família L</b>
<b>Família Nuclear</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição familiar: pai, mãe (separados) e três filhos</li> <li>- <b>Separação (infidelidade)</b></li> <li>- <b>Figura materna: superenvolvimento</b></li> <li>- <b>Figura paterna: relação conflituosa</b></li> <li>- <b>Conflito no sistema fraternal</b></li> <li>- <b>Conduta Anti Social do PI</b></li> <li>- <b>Adição de Substância Psicoativa (todo o sistema nuclear)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição familiar: pai, mãe e dois filhos</li> <li>- <b>Separação/conflito</b></li> <li>- <b>Figura Materna: frágil, permissiva</b></li> <li>- <b>Figura Paterna: ausente</b></li> <li>- <b>Conflito no sistema fraternal</b></li> <li>- <b>Adição de Substância Psicoativa (PI, cunhado)</b></li> <li>- <b>Conduta anti-social (PI)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição familiar: 1º casamento da mãe – pai, mãe, 6 filhas; 2º casamento – pai, 1 filho (PI); 3º casamento – marido falecido.</li> <li>- <b>Figura materna: superenvolvimento</b></li> <li>- <b>Figura paterna: ausente (não conheceu o pai).</b></li> <li>- <b>Conflito no sistema fraternal</b></li> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (padrasto, filhos, genros e netos)</b></li> </ul>
<b>Família de Origem Paterna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (tio e primos)</b></li> <li>- <b>Relacionamento distante do sistema familiar nuclear</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de substancias psicoativas por tios não consangüíneos</b></li> <li>- <b>Relacionamento distante do sistema familiar nuclear</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Não conhece a figura Paterna e conseqüentemente desconhece a história da família paterna.</b></li> </ul>
<b>Família de Origem Materna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (avô, tio, primo)</b></li> <li>- Relacionamento normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (avô, tio, primos)</b></li> <li>- Relacionamento normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Uso de substâncias psicoativas (avô, tios)</b></li> </ul>
<b>Sub Sistema Conjugal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conflito conjugal</b></li> <li>- <b>Super envolvimento</b></li> <li>- <b>Uso de Substância Psicoativa (sistema conjugal)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conflito conjugal</b></li> <li>- <b>Padrão agressivo (agríde a esposa)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conflito</b></li> <li>- <b>Superfuncionamento da cômjuge</b></li> <li>- <b>Co-dependência</b></li> </ul>

\* Letras em Negrito: padrões de comportamentos repetidos

A seguir, apresentar-se-á um resumo de cada família, bem como, a título de exemplo, o genograma e a configuração familiar da família K. (Figura 1 e 2), os quais retratam o modelo adicto intergeracional. Os outros cinco genogramas e configurações familiares encontram-se no Anexo 5, sendo que todos os participantes foram identificados pelas iniciais do nome para garantir seu anonimato:

**Família P:** A família nuclear é constituída pelo pai, mãe e o filho único (paciente identificado). Os pais são casados há 22 anos e são primos. O relacionamento conjugal apresenta conflitos. O pai trabalha como mecânico e pintor de veículos, tem 45 anos; a mãe tem 41 anos e trabalhava em um supermercado, aposentou-se por invalidez (problemas cardíacos). A figura materna é considerada pela família como a pessoa mais envolvida no tratamento. O paciente identificado tem 21 anos, solteiro, trabalhava em um açougue e tem o Ensino Médio.

Na família de origem paterna, o bisavô, um tio e dois primos do Paciente Identificado fazem uso e abuso de substâncias psicoativas.

Na família de origem materna, o avô, cinco tios consangüíneos, sete tios não consangüíneos e dezesseis primos do Paciente Identificado fazem uso e abuso de substâncias psicoativas.

O Paciente Identificado iniciou o uso de drogas aos 12/13 anos com álcool, cigarro e maconha, evoluindo para o uso de “cabral” e cocaína. Atualmente fazia uso de crack. Relatou que o início do uso da droga deu-se na rua, com os amigos, onde passava muito tempo sozinho, devido à falta de monitoramento dos pais, em vista da carga horária de trabalho desses. No processo de evolução do uso da droga teve problemas com a justiça, cometeu um assalto à mão armada, sendo acusado também de tentativa de homicídio e corrupção de menores. Este é o primeiro tratamento (setembro de 2004), e está em regime intensivo no Capsad. Foi encaminhado após ser liberado da prisão. Encontra-se sob custódia da Justiça, em regime aberto.

**Família B.:** A família nuclear é constituída pelo pai, mãe e quatro filhos. O Paciente Identificado é o único homem e o terceiro da prole. O pai tem 75 anos, é aposentado e trabalhava com eletrônica. A mãe tem 68 anos, do lar, sendo considerada pela família como a pessoa mais envolvida no tratamento. Já o pai é considerado como uma figura ausente da família, passava muito tempo fora, jogando futebol. Eles são casados há 50 anos. A filha mais velha do casal tem 49 anos, casada, cabeleireira e tem dois filhos. A segunda filha tem 46 anos, casada, autônoma e tem quatro filhas. O terceiro filho é o Paciente Identificado, tem 42 anos, é amasiado pela quinta vez. Dos

seus relacionamentos, duas companheiras faziam uso e abuso de substâncias psicoativas. Tem uma filha do seu segundo relacionamento. Ele é empresário, tem um bar.

A filha mais nova tem 39 anos, casada com usuário de substância psicoativa, tem dois filhos e está esperando o terceiro. É formada em Educação Física e trabalha em uma seguradora. A família é da religião Testemunhas de Jeová, e segundo os relatos, a religião foi um motivo de discórdia e exclusão do Paciente Identificado em relação à família.

Na família de origem paterna, o avô, o tio e dois tios não consangüíneos do Paciente Identificado fazem uso e abuso de substâncias psicoativas.

A família de origem materna é composta só por mulheres, quatro delas casadas com indivíduos que fazem uso e abuso de substâncias psicoativas. Treze primos do Paciente Identificado fazem uso e abuso de substâncias psicoativas.

O início do uso da droga pelo Paciente Identificado deu-se entre os 13/14 anos na rua, com os amigos, fumando maconha. Foi percebido pela família, mas segundo as irmãs, a mãe encobria o fato para poupar a família do sofrimento. A evolução do uso deu-se com a cocaína, aos 28 anos, e ultimamente fazia uso de crack.

O primeiro internamento pelo uso de cocaína deu-se por pressão dos pais, em um hospital. Está no quarto tratamento no CAPSad. O último ocorreu em 07/2003 e está em regime não-intensivo. Neste período teve duas recaídas, a última há dois anos.

**Família A:** A mãe do Paciente Identificado tem 54 anos e teve quatro relacionamentos conjugais. Do 1º relacionamento teve três filhos. A mais velha tem 36 anos, costureira, separada e tem um filho. A segunda irmã estava presente na entrevista com o marido. Este fazia uso de crack e atualmente faz tratamento no CAPS. A irmã tem 35 anos, esteticista. O marido tem 40 anos, estão casados há 2 anos, este é seu segundo casamento e tem uma filha do primeiro casamento. O terceiro filho tem 32 anos, casado, uma filha, e teve problemas com o uso de drogas. Após a separação da mãe, os filhos foram morar em diferentes lugares e desconheciam que eram irmãos.

O segundo casamento, a mãe teve uma filha, que tem 26 anos, casada, dois filhos, do lar. Ela foi entregue para ser criada por uma família de conhecidos, pois a mãe trabalhava o dia inteiro e a avó não queria mais nenhum neto para criar. Essa família mudou-se do local, e acabou perdendo contato com a filha, restabelecendo-o em idade adulta devido a um encontro casual da irmã com a mãe adotiva.

O terceiro relacionamento, a mãe teve o Paciente Identificado. Ele tem 23 anos, é solteiro e mecânico. Este conheceu seu pai (alcoolista) no primeiro internamento, devido à separação dos pais e conseqüente distanciamento desse.

O quarto relacionamento a mãe tem um filho adotivo de 6 anos. O Paciente Identificado mora com a mãe, o padrasto e o irmão menor.

A família de origem paterna é desconhecida pelo Paciente Identificado.

Na família de origem materna, o avô, a avó, três tios consangüíneos, dois tios não consangüíneos e um primo fazem uso e abuso de substâncias psicoativas.

Iniciou o uso aos 16 anos, na rua com os amigos. Com cola, tinner, evoluindo para o uso de maconha, cocaína e crack. Os membros mais envolvidos com o tratamento são a mãe, a irmã que estava presente e a irmã mais velha. O paciente foi internado porque estava sendo agredido e ameaçado por seus colegas de rua. Roubou um objeto da prima que deu queixa à polícia. Diante da ameaça de prisão, decidiu se tratar. Já teve seis internamentos, sendo dois em chácaras e quatro em CAPS.

**Família K:** A família nuclear é constituída pelo pai, a mãe e três filhos. O filho mais velho tem 34 anos, fisioterapeuta, faz abuso de álcool, casado há 6 meses, tem um filho de 1 ano. A segunda filha tem 30 anos, solteira, zootecnista, faz uso de álcool. O filho mais novo é o Paciente Identificado, 27 anos, mecânico, atualmente desempregado, amasiado há 7 anos, sua esposa tem 26 anos, bióloga, fazia uso de álcool junto com o marido. Os pais do Paciente Identificado são separados há 20 anos, devido à agressividade e infidelidade do marido. A mãe tem 55 anos, artista plástica, dependente de álcool e em abstinência há dois anos, faz tratamento no CAPS, considerada pela família a pessoa mais envolvida no tratamento do paciente identificado. O pai tem 59 anos, músico, constituiu uma nova família, na qual tem dois filhos. Considerado pela família como a pessoa que não valoriza o tratamento, ele entende que se o paciente identificado trabalhasse, tudo estaria resolvido.

Na família paterna, um tio que veio a falecer e três primos fazem uso e abuso de substâncias psicoativas.

Na família de origem materna, o avô, um tio e dois primos fazem uso e abuso de substâncias psicoativas.

O Paciente Identificado iniciou o uso de drogas aos 15 anos de idade com álcool, evoluindo para os inalantes, maconha e cocaína. Ultimamente fazia uso de álcool. Causou um acidente de trânsito por estar embriagado, pelo qual responde à um processo junto à justiça.

Iniciou o tratamento em virtude da participação no tratamento da mãe. Internou-se no CAPS em 07 de março de 2005, em regime semi-intensivo.

**Família D:** A família nuclear é constituída de pai, mãe e dois filhos. O pai tem 44 anos, educador social, figura ausente no contexto familiar. A mãe tem 44 anos, mãe social da APAE, figura ausente no contexto familiar. Os pais são separados há 16 anos, sendo que o pai constituiu uma nova família, na qual tem um filho. A filha mais velha tem 24 anos, auxiliar administrativa, foi casada e está separada há 5 anos, ex-marido alcoolista e usuário de outras drogas. O filho caçula, Paciente Identificado, tem 22 anos, amasiado há 8 meses, relacionamento conjugal com conflito. Sua companheira tem 18 anos e um filho de um outro relacionamento. O casal reside com a mãe do Paciente Identificado.

Na família de origem paterna identifica-se um tio não consangüíneo com uso e abuso de substâncias psicoativas.

Na família de origem materna identifica-se dois tios consangüíneos, cinco tios não consangüíneos e três primos com uso e abuso de substâncias psicoativas.

O Paciente Identificado iniciou o uso aos 11 anos, com inalantes, aos 12 passou a usar álcool, aos 13, maconha e aos 14 crack. Fazia uso diário de álcool, em média dois litros de destilado por dia, cinco “baseados” por dia e cinco pedras de crack por dia. O paciente responde a inquérito junto à delegacia da mulher por agressões feitas à esposa que o denunciou.

O Paciente Identificado iniciou seu primeiro tratamento no CAPS em regime intensivo, após trocar por droga todos os objetos que tinham em casa, em 20 de janeiro de 2005.

**Família L:** O paciente identificado é o filho único do segundo relacionamento da mãe. Esta tem 65 anos, confeiteira, evangélica, considerada a pessoa mais envolvida no tratamento, busca ajuda na religião. Teve três relacionamentos, todos com homens alcoolistas, dos quais se separou. O terceiro companheiro faleceu de cirrose hepática. Atualmente mora com a quinta filha do primeiro casamento. Do primeiro casamento tem seis filhas. Destas, cinco fazem uso e abuso de álcool. A filha mais velha, 42 anos, alcoolista, casada com alcoolista, dois filhos. A segunda filha tem 40 anos, alcoolista, casada, tem quatro filhos. Destes, a filha mais velha faz uso de álcool. A terceira filha, 38 anos, alcoolista, separada do marido alcoolista, tem três filhos, sendo o filho mais velho dependente de crack e álcool. A quarta filha, 37 anos, alcoolista, separada, tem

quatro filhos. A quinta filha, 35 anos, separada, tem um filho. A sexta filha, 34 anos, separada, ex-marido alcoolista, tem quatro filhos; casou-se de novo, marido alcoolista.

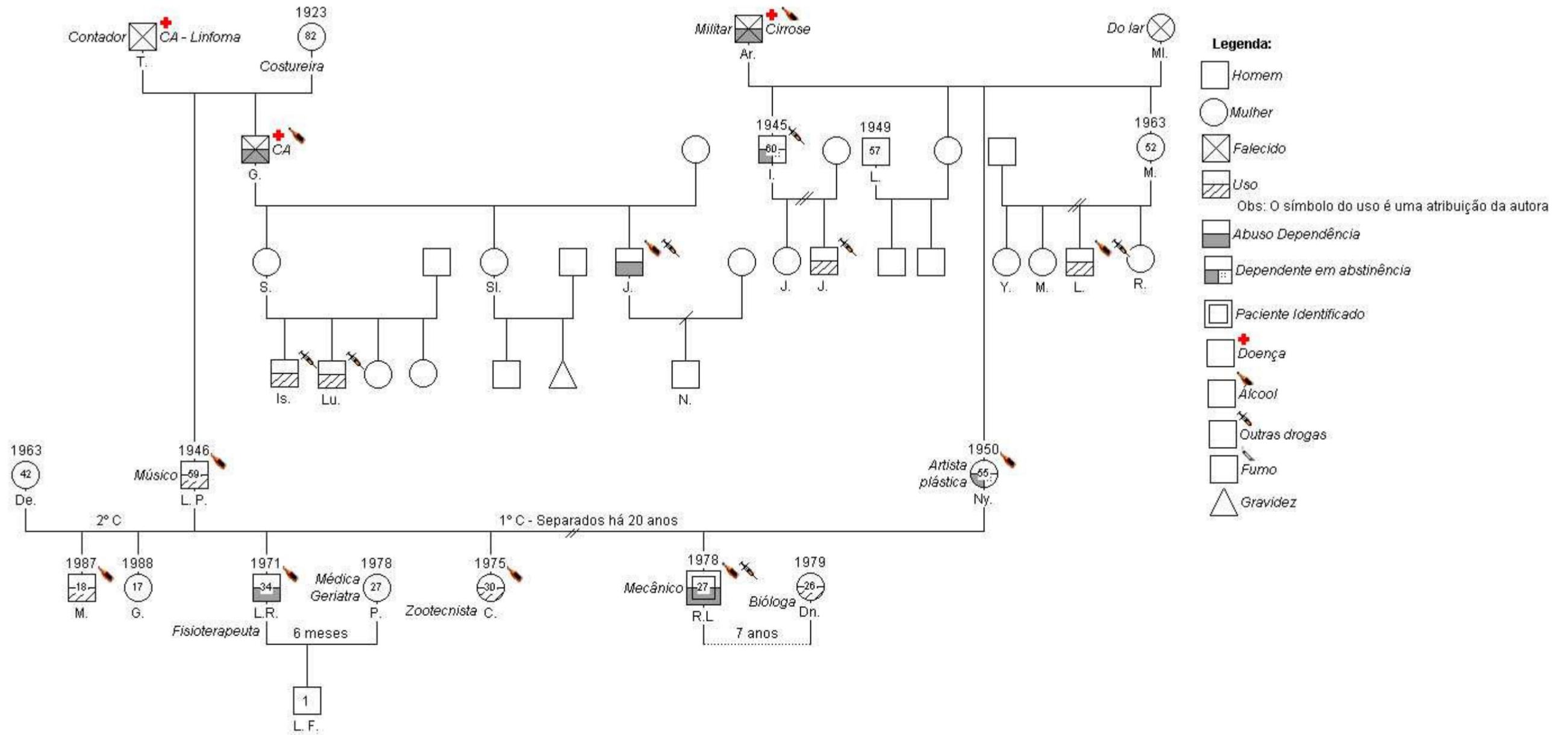
Do segundo relacionamento conjugal tem um filho (Paciente Identificado), 30 anos, agente de segurança. Este não conhece o pai e, conseqüentemente, a história familiar paterna. Casado há 8 anos, dois filhos. A esposa tem 30 anos, balconista.

Desconhece o número de tios na família de origem materna, mas informa que todos fazem uso e abuso de álcool, como também o avô materno.

O paciente iniciou o uso de drogas aos 16 anos com álcool e cigarro. Aos 18 passou a usar cocaína, e aos 24, uso contínuo de álcool e crack.

O Paciente Identificado iniciou o tratamento no CAPS em 17 de março de 2005, em regime intensivo.

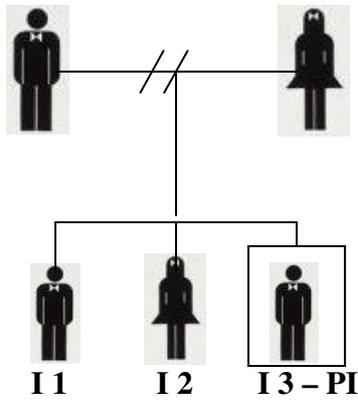
5.1.3. Figura 1 - Genograma da Família K



Obs. Este Genograma foi escolhido por ilustrar o aspecto relevante da adição da figura materna.

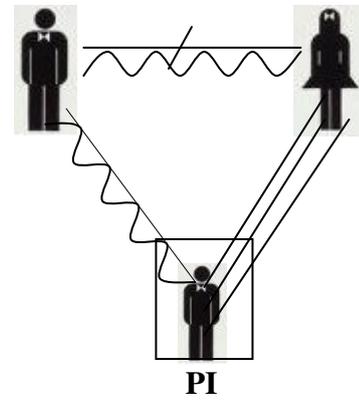
5.1.4. Figura 2 – Configuração da Família K

Genograma da Família Nuclear

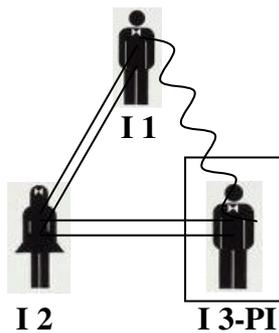


I 1 – 1º Irmão  
I 2 – 2º Irmã  
I 3/PI – 3º Irmão/  
Paciente Identificado

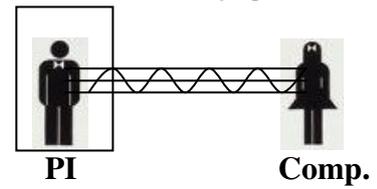
Subsistema Parental



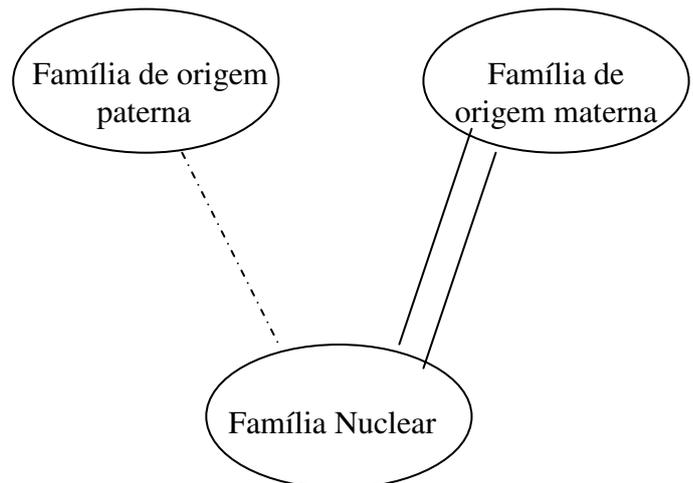
Subsistema Fraternal



Subsistema Conjugal



Subsistema – Famílias de Origem



LEGENDA

	Divórcio
	Separação
	Conflito
	Relac. normal
	Super envolvimento
	Distanciamento
	Fundido e Conflitual

## **5.2. Apresentação das categorias, suas respectivas subcategorias e elementos de análise**

Para análise dos dados desta pesquisa, foi utilizada como referência a "Grounded theory" (teoria fundamentada empiricamente), proposta por Strauss e Corbin (1990), a qual permite trabalhar com dados verbais de diferentes origens. Especificamente neste estudo, nosso desafio era integrar os dados advindos da entrevista semi-estruturada que subsidiou a construção do genograma trigeracional em torno dos objetivos propostos. Assim, os passos seguidos para a análise foram: 1) realização de várias leituras sucessivas, do material textual das entrevistas e dos dados identificados no genograma, com o intuito de compreender e ampliar o significado do discurso apresentado pelas famílias adictas. 2) através do processo de comparação dos genogramas das famílias e dos dados das entrevistas, procurou-se aspectos em comum e semelhantes, características diferenciais entre elas e o inédito de cada uma. 3) desse processo foram surgindo pontos nucleares que se mantinham na diversidade e na complexidade dos dados que emergiam. Tais pontos foram a base de referência para estabelecer e nomear seis categorias principais de análises e 4) a partir delas foram relacionados as subcategorias e seus respectivos elementos de análise, as quais auxiliaram numa melhor descrição, compreensão e sustentação das categorias principais.

Em seguida, apresenta-se o Quadro 1, onde foram agrupadas as diferentes categorias e seus dados complementares, cujos significados estão descrito brevemente, com o intuito de facilitar a compreensão da leitura.

**5.2.1. Quadro 1: Sistemas de categorias que organizam os temas com suas respectivas subcategorias e elementos de análise**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de Análise</b>
<p><b>1. Do surgimento e evolução da conduta adicta:</b> Conjunto de fatores que originaram a atitude adicta no paciente identificado, bem como, a evolução da drogadição do indivíduo.</p>	<p><b>1.1. Fase de ciclo vital individual:</b> Sucessão de fases pelas quais passa o indivíduo desde a sua constituição até a morte, vivenciando fenômenos específicos à natureza do desenvolvimento sócio familiar.</p>	<p><b>Adolescência;</b> <b>Grupo de pares;</b> <b>Desejo de pertencer ao grupo;</b> <b>Adição e Evolução;</b></p>
	<p><b>1.2. Comportamento familiar e social facilitador da atitude adicta:</b> Circunstâncias familiares e sociais mais vulneráveis que possibilitam comportamentos arriscados como o uso de drogas.</p>	<p><b>Rompimento nos vínculos familiares;</b> <b>Ausência de monitoramento parental;</b> <b>Problemas ambientais (mudança de ambiente);</b> <b>Migração;</b> <b>Abandono de estudo;</b> <b>Regras familiares rígidas e/ou permissivas;</b></p>
<p><b>2. Mantenedores do Comportamento Adicto:</b> Comportamentos que o indivíduo e a família apresentam para manter a conduta adicta no sistema familiar.</p>	<p><b>2.1. Dilema na busca da identidade:</b> Descreve a busca do indivíduo de algo que seja realmente seu. Necessita ser diferente dos demais, porém, ao mesmo tempo, que quer ser diferente, quer ser igual aos seus colegas no intuito de pertencer.</p>	<p><b>Medo;</b> <b>Solidão;</b> <b>Ausência do self;</b> <b>Pseudo-indivuação;</b></p>
	<p><b>2.2. Negação da extensão do problema a nível familiar:</b> A família percebe o uso de álcool e outras drogas, mas a sua natureza problemática é negada.</p>	<p><b>Negação familiar;</b> <b>Encobertamento da atitude adicta</b> <b>Segredo, sentimento de</b></p>

		<p>vergonha, mentira;</p> <p><b>Percepção distorcida em relação à droga dentro e fora do contexto familiar;</b></p> <p><b>Retraimento social, familiar e emocional</b></p> <p><b>Minimização da conduta adicta;</b></p>
	<p><b>2.3. Empobrecimento na relação pais e filhos:</b> Descreve a forma de relacionar-se sempre da mesma maneira, de forma rígida ou permissiva, bem como o estilo de comunicação empobrecido nestas famílias.</p>	<p><b>Estilos de comunicações;</b></p> <p><b>Negligência Parental;</b></p> <p><b>Culpalização familiar;</b></p>
	<p><b>2.4. Desengajamento Familiar:</b> Define-se como o emaranhamento das famílias, causado pelo estresse familiar. Devido à ambivalência no modo de se relacionar, ora de forma rígida e ora de forma difusa.</p>	<p><b>Ausência prolongada ou traumática dos pais: figura parental periférica ou ausência física.</b></p> <p><b>Super envolvimento da figura materna</b></p> <p><b>Métodos disciplinares árdus, (Autoritarismo/ e/ou permissividade);</b></p>
	<p><b>2.5. Modelo parental adicto:</b> Descreve o comportamento adicto dos pais, bem como o ambiente em que vivem, e que influência tem no comportamento do indivíduo na vida adulta.</p>	<p><b>Comportamento aprendido no sistema primário;</b></p> <p><b>Ambiente facilitador e favorável ao comportamento adicto;</b></p>

<p><b>3. Subsistema Familiar impactado com o comportamento adicto:</b> Apresenta como cada subsistema reage diante das situações decorrentes do uso ou abuso da substância psicoativa.</p>	<p><b>3.1. Subsistema parental figura materna:</b> Descreve a pessoa mais envolvida com o problema no subsistema parental.</p>	<p><b>Superenvolvimento da figura materna;</b> <b>Cuidadoras emocionais;</b></p>
	<p><b>3.2. Subsistema fraternal:</b> Descreve a pessoa mais envolvida com o problema no subsistema fraternal. As irmãs assumem um papel maternal devido à ausência do monitoramento da figura materna.</p>	<p><b>Cuidadoras emocionais</b> <b>Filhas super responsáveis devido ao funcionamento insuficiente da mãe ou a mesma tornou-se dependente química</b></p>
	<p><b>3.3. Subsistema conjugal:</b> Descreve um superfuncionamento da esposa.</p>	<p><b>Co-dependência;</b> <b>Super funcionamento</b></p>
<p><b>4. Organização Relacional da Família Adicta:</b> Descreve a forma de organização interacional dos membros da família, apresentando padrões relacionais antes e depois do uso de substância psicoativa.</p>	<p><b>4.1. Organização Relacional da família antes do processo adicto no contexto familiar:</b> Descrição de como a família se relacionava antes da entrada da droga no sistema familiar</p>	<p><b>Lembranças positivas de apego no sistema fraternal;</b> <b>Dificuldade na regulação das relações e dos afetos;</b> <b>Exclusão familiar;</b> <b>Conflito no subsistema fraterno;</b> <b>Conflito em relação à crença religiosa familiar;</b> <b>Aglutinação familiar;</b></p>
	<p><b>4.2. Organização relacional da família depois do processo adicto no contexto familiar</b> Descrição de como a família se relaciona com a presença da droga no sistema familiar</p>	<p><b>Conscientização do problema;</b> <b>Função do sintoma;</b> <b>Comportamento anti-social;</b> <b>Baixa auto-estima do</b></p>

		<p><b>adicto;</b></p> <p><b>Perdas materiais e afetivas do adicto e familiares;</b></p> <p><b>Sentimento de Frustração;</b></p> <p><b>Desconfiança;</b></p> <p><b>Recaída;</b></p> <p><b>Dificuldade de mudanças;</b></p> <p><b>Arrependimento do adicto;</b></p> <p><b>Rejeição familiar e social;</b></p> <p><b>Mito familiar (família crê que o problema é a droga);</b></p> <p><b>Crença de que o dependente é o responsável pela dor da família;</b></p> <p><b>Descrédito na competência do adicto e da família;</b></p> <p><b>Desequilíbrio familiar;</b></p> <p><b>Baixa auto-estima familiar</b></p> <p><b>Baixa coesão familiar;</b></p> <p><b>Alienação dentro do sistema familiar;</b></p> <p><b>Crença espiritual;</b></p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>5. Abordagens das famílias para a solução do problema da adição:</b> Discorre sobre o período entre a descoberta, a aceitação e a valorização do problema causado pela drogadição, e a forma como a família busca ajuda.</p>	<p><b>5.1. Esconder o problema:</b> Descreve sobre a cumplicidade relativa ao uso abusivo de álcool e outras drogas por parte de um subsistema familiar, e a denúncia do abuso por parte de outro subsistema.</p>	<p><b>Regra: não falar do problema;</b> <b>Denúncia do problema pelo sistema familiar (fraterno, conjugal e um dos progenitores);</b></p>
	<p><b>5.2. Conscientização do problema:</b> A família busca tratamento, mas com o pensamento de que o problema é exclusivamente do adicto, que apenas este deve se tratar. A família solicita mudança sem precisar modificar-se.</p>	<p><b>Internamento;</b> <b>Medicação;</b> <b>Crença religiosa;</b> <b>Profissionais especializados na área;</b></p>
<p><b>6. Padrões familiares adictos ao longo das gerações:</b> Mapeamento da conduta adicta intergeracionalmente, através dos rituais, crenças, interações e atitudes que definem os padrões familiares.</p>	<p><b>6.1. Modelo adicto dos avós:</b> Descrição do padrão familiar da família de origem, com informação das enfermidades e condutas problemáticas.</p>	<p><b>Alcoolismo;</b> <b>Doenças somáticas;</b> <b>Relacionamento distante em relação ao sistema nuclear;</b></p>
	<p><b>6.2. Modelo adicto do subsistema parental:</b> Descrição do padrão familiar da família nuclear, com informação das enfermidades e condutas problemáticas.</p>	<p><b>Conflito no casal parental;</b> <b>Separações;</b> <b>Famílias reconstituídas;</b> <b>Alcoolismo e outras drogas;</b> <b>Transtorno psiquiátrico;</b></p>
	<p><b>6.3. Modelo adicto do subsistema fraternal:</b> Descrição do padrão familiar do subsistema fraternal, com informação das enfermidades e condutas problemáticas.</p>	<p><b>Conflito fraterno;</b> <b>Separações;</b> <b>Famílias reconstituídas;</b></p>

		<p><b>Alcoolismo e outras drogas;</b></p> <p><b>Transtorno psiquiátrico;</b></p>
	<p><b>6.4. Comportamentos adictos do subsistema conjugal:</b>          Descrição do padrão familiar do subsistema conjugal, com informação das enfermidades e condutas problemáticas.</p>	<p><b>Conflito conjugal;</b></p> <p><b>Agressões físicas e verbais;</b></p> <p><b>Separações;</b></p> <p><b>Famílias reconstituídas;</b></p> <p><b>Alcoolismo e outras drogas;</b></p>
	<p><b>6.5. Comportamento adicto dos subsistemas agregados (cunhados):</b>          Descrição do padrão familiar, com informação das enfermidades e condutas problemáticas.</p>	<p><b>Conflito conjugal;</b></p> <p><b>Separações;</b></p> <p><b>Famílias reconstituídas;</b></p> <p><b>Alcoolismo e outras drogas.</b></p>

## **6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Tendo como referência o capítulo de resultados e utilizando a metáfora da gestalt, figura e pano de fundo, abre-se a possibilidade de um entrelaçamento entre o conteúdo de uma linguagem simbólica e verbal para a compreensão dos dados obtidos das famílias aqui pesquisadas. Por um lado, os resultados enunciaram a configuração familiar mapeada pelo genograma, que por sua vez foi construído através das entrevistas, recortadas e agrupadas aos dados obtidos no genograma, formando as categorias. Este conjunto desenha o fundo que traduz a dinâmica e a estrutura das famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas o qual sustentará a discussão deste trabalho, que será apresentado seguindo a ordem do quadro 1.

### **1. Do surgimento e evolução da conduta adicta**

Nesta categoria são apresentadas as subcategorias que descrevem o ciclo de vida individual e familiar e os comportamentos facilitadores que contribuíram para início do uso e abuso de substâncias psicoativas, bem como os aspectos evolutivos da adição da droga.

Remetendo-se ao ciclo de vida individual e familiar, observou-se nos relatos que o momento no qual a droga passou a existir no sistema familiar estava interligado ao próprio ciclo de vida do indivíduo e da família, ou seja, tratava-se de uma fase de transição da família de filhos pequenos para filhos adolescentes, cujo período era caracterizado pelas mudanças estruturais dos papéis seja, dos pais e/ou dos filhos. Nesta fase, ocorriam não só as mudanças no aspecto físico dos filhos, como também a transição psicológica da infância para a vida adulta. Associado a isso e na perspectiva de Carter e MacGoldrick (1995), Cervený (1997), observa-se também uma redefinição nas funções dos pais quanto às demandas que a fase da adolescência exige, bem como, a família também passa por uma transição, no que diz respeito à própria fase adolescente do ciclo de vida familiar, que se entrecruzam com a adolescência do filho. Neste sentido, a falta de diferenciação dos papéis e a falta de habilidade na transmissão efetiva das regras podem acarretar um desequilíbrio e desafios às regras hierárquicas da família.

Neste estudo mostrou-se que a droga foi inserida no contexto familiar na pré-adolescência, associada às seguintes características: pertencer ao grupo, pressões dos

grupos de pares, rompimentos dos vínculos familiares, pobreza ou ausência do monitoramento parental, aspectos migratórios tanto de habitação como mudanças escolares, abandono escolar e rigidez nas regras familiares.

### **1.1. Fase de ciclo vital individual**

Os conteúdos relatados pelas famílias demonstraram que os primeiros movimentos realizados em direção às drogas ocorrem sempre na pré-adolescência e adolescência (11-16 anos), sendo este período caracterizado pela curiosidade, pela busca de novas experiências e pela influência dos amigos. Outra questão relevante ao uso da droga nesta fase está relacionada ao aspecto do adolescente querer se diferenciar da sua família. Neste sentido Kalina (1999) corrobora com o que verificou-se, isto é, ninguém pode negar que na origem do problema drogadicativo concorrem dois fenômenos importantes: a história do indivíduo e a crise que o contexto sócio familiar, no qual ele vive, está atravessando.

*(...) eu usei pela primeira vez álcool e cigarro com 12 anos. E fumei maconha também com 12/13 anos. (PI R)*

*(...) comecei a usar com um amigo (PI AI)*

*(...) e você perguntou quando que eu comecei a usar drogas, então quando eu tinha uns 15 anos eu cheirava cola e tinner. (PI AI).*

Na exposição das falas dos entrevistados verificou-se que na adolescência o indivíduo experiencia sentimentos de insegurança e dependência, vivenciando atitudes ambivalentes tais como: ao mesmo tempo em que o adolescente quer ser diferente dos outros para ser visto como único, busca por outro lado ser igual aos seus colegas com o intuito de ser aceito e pertencer ao grupo.

*(...) foi na adolescência assim, eu tinha 13 pra 14 anos. Na verdade foi quando nós nos mudamos lá para o Champagnat. Tinha uma moçada lá, e daí meio que foi a maneira que eu achei de me*

*aproximar, e nessa época eu era bem ingênuo, não sabia nada e eles já usavam um monte de coisas. (PI Oj)*

O uso de drogas será sempre um fenômeno multideterminado, ou seja, não haverá uma única razão que explique esse uso por uma determinada pessoa em um dado momento histórico. O que existe é um contexto no qual se dá a oportunidade de uso (Maluf, 2002).

Este é um aspecto visível nas entrevistas, onde o indivíduo acabava confundindo o que ele desejava e o que ele realizava devido à pressão do grupo, conforme os depoimentos:

*(...) pelo que eu sei os amigos dele ofereceram drogas para ele um dia e ele não quis, e os amigos tiraram sarro dele, daí ele resolveu usar. (Irmã do PI Al.)*

*(...) comecei a usar com os amigos, porque eles conheciam pessoas que já faziam uso, mas eu nem sabia o que era. Tanto que o crack, quando eu usei a primeira vez eu nem sabia, acabei usando sem saber. (PI Dg)*

Correlacionando o início do uso e abuso de substâncias psicoativas com a evolução desta, as entrevistas mostraram uma seqüência progressiva de eventos que continuavam em várias fases do ciclo vital. Neste trabalho constatou-se que os indivíduos entrevistados com suas respectivas famílias iniciaram o uso de substância psicoativa na pré-adolescência, continuando em fases posteriores.

A evolução do uso e abuso de substâncias psicoativas, conforme mostra a tabela 1, ocorreu concomitantemente com álcool, cigarro e inalantes, evoluindo para maconha, lança perfume, cocaína, “cabral” e crack.

*(...) é eu conheci a cocaína com 28 anos, mas antes disso já tinha usado maconha e chá de cogumelo também. (PI Oj)*

*(...) fazia uso de crack e maconha. E cigarro quando usava crack. (PI Al)*

*(...) comecei com 14 anos, mas maconha eu comecei a fumar com 12 e cigarro que eu uso até hoje. (PI Dg)*

*(...) eu fazia uso só de álcool. Já fumei maconha, cheirei cocaína, cola. Mas freqüentemente eu estava usando só álcool. O álcool foi a única contínua, eu comecei com ele, com 15 anos. (PI RI)*

*(...) comecei com álcool aos 16 anos e cigarro. Daí cocaína com 18. E comecei assim com companhias, quando você vê você já está envolvido. E crack faz uns 6 anos que eu comecei. (PI MI)*

Os dados levantados neste estudo em relação à faixa etária e com qual droga se inicia a adição, estão de acordo com o “V Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre os estudantes de 1º e 2º grau”, realizado por Carlini, Galduróz, Nappo, e Noto (2003) onde detectou-se que as drogas mais consumidas pelos estudantes continuam sendo as lícitas (álcool e tabaco), as quais apresentam a menor média de idade para o primeiro uso (12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente).

## **1.2 Comportamento individual, familiar e social facilitador da atitude adicta.**

Esta subcategoria inclui as circunstâncias sociais, características familiares e pessoais que tornaram a família e o indivíduo mais vulnerável à entrada das drogas. Descreve os fatores de risco familiares, escolares, sociais e fatores ligados à própria droga.

O depoimento dos entrevistados, quando relatavam sobre a forma de vínculo estabelecido na família, demonstrou inúmeros rompimentos afetivos devido às situações de estresses familiares como: mudanças de lares motivadas ora para proteger o membro adicto das ameaças do meio externo (polícia, grupo de pares, traficantes), ora em busca de emprego pelos familiares, separações e reconstituições familiares.

*(...) Entre os irmãos é legal. A gente foi criado muito jogado, ninguém queria a gente, nenhum tio, nem avó, então a gente foi se criando sem amor, então a gente teve que ir atrás um do outro... mas*

*depois que a gente casou que a gente foi morar perto da mãe de novo. (Irmã do PI Al.)*

*(...) A gente se criou separado. Eu só fiquei sabendo que a S. era minha irmã quando eu tinha sete anos, a gente dormia juntas na mesma casa, mas eu não sabia que ela era minha irmã. (Irmã do PI Al.)*

Auxiliando esta discussão, os autores Kalina (1999), Stanton e Todd (1985) destacam que, no processo evolutivo das pessoas que recorrem às drogas, elas sofrem abandonos manifestos desde o início de sua vida, ficando à mercê de outras pessoas durante dias, semanas, meses ou de micro abandonos permanentes.

Estes aspectos foram evidenciados nos relatos, tanto em relação ao abandono concreto, como à falta de monitoramento parental por não disponibilidade de tempo e de habilidades parentais, conforme os depoimentos:

*(...)Porque nessa época eu só voltava para casa uma vez por semana, então ele ficava com a irmã. Eu sei que acabei ficando muito tempo longe dele...faltou autoridade minha porque eu fiquei muito longe. (Mãe do PI Dg.)*

*(...) A gente trabalhava fora o dia inteiro, então o R. passava o dia inteiro sozinho, desde pequeno ele já ficava o dia inteiro sozinho... Ah ele devia ter uns 5 anos, ficava em casa sozinho e depois ficava na rua, quando já estava maior. (Pai do PI R.)*

Outro fenômeno relevante, encontrado nos relatos dos familiares, está relacionado ao abandono escolar, caracterizado pelas vivências migratórias, à falta de aspiração individual e familiar, à baixa expectativa dos pais em relação aos estudos dos filhos e à falta de autoridade parental, no que se refere ao estabelecimento de limites, regras e normas claras, perpassando por condutas de permissividade e/ou rigidez.

*(...) daí, de 13 pra 14 eu fui morar com o meu pai. Porque eu ia entrar para a guarda-mirim. Mas antes disso eu já tinha*

*experimentado maconha. Daí eu acabei arranjando outro emprego, saí da guarda-mirim e fui morar com a minha irmã. (PI Dg)*

*(...) Alguém chamou a gente na guarda-mirim. Mas eu já desconfiava, já tinha visto que ele estava faltando na escola, daí eu desconfiei. (Mãe do PI Dg.)*

*(...) Foi uma opção e não foi. Eu sempre fui bagunceiro, fui expulso de vários colégios, por vandalismo. (PI RI.)*

De acordo com Freitas (2002), as famílias pré-adictas são aquelas cujos pais não exercem seus papéis adequadamente. A dinâmica revela dificuldade dos pais em colocar limites claros, o que origina duplas mensagens e/ou contradições que prejudicam a compreensão dos valores apresentados.

*(...) Tava tendo muita cobrança, de todos os lados. E meu carro tava batido também...Dela e do meu pai. E isso me deixa estressado, porque eu acho que pegam muito no meu pé, sendo que meu irmão bebe e bebia junto comigo (...) O distanciamento com o meu pai é quando eu bebo. (PI RI.)*

*(...) Eu vejo assim: o pai dele era militar, e sempre foi muito sistemático, muito rígido. Mas a relação não mudou, o que acontece é que se o R. falasse com ele embriagado eles brigavam e o pai dele acabava ignorando ele, não falava direito com ele (Companheira do PI RI.)*

Freitas (2002) corrobora ainda com esta discussão apontando que, se o crescimento de uma criança ocorre em um ambiente sem amor, sem limites, sem atenção, ela pode, no seu processo de desenvolvimento, tornar-se uma pessoa com estrutura emocional fragilizada e apresentar problemas em enfrentar as diversidades da vida. Acrescenta ainda que, esta estrutura emocional frágil da criança ao tornar-se adolescente, aliada às mudanças desse ciclo de vida, pode constituir-se fatores de risco para o uso de substância psicoativa.

Esta categoria, além de expressar os aspectos que facilitam a entrada, manutenção e evolução da droga no contexto familiar, mostra a constante dança entre o ciclo individual e o ciclo familiar, confirma não só o desafio na busca de integração destes aspectos propostos pela categoria, mas também que, estes ciclos individuais e familiares se retroalimentam e nesta perspectiva também se complementam.

## **2. Mantenedores do Comportamento Adicto**

Esta categoria reúne as atitudes individuais e familiares que contribuem para a manutenção da conduta adicta no sistema, ou seja, quais as regras que governam o funcionamento destas famílias. Retrata pois, as subcategorias que descrevem a identidade adicta, o mecanismo de negação desencadeado pelo encobertamento da atitude adicta dos familiares e do sistema social, pela distorção do significado da droga dentro e fora do contexto familiar, e o aspecto de minimização da conduta adicta. Expressa também o empobrecimento na relação pais e filhos, configurando aqui os estilos comunicacionais e as negligências parentais. Outra subcategoria descrita diz respeito ao desengajamento familiar no qual busca-se retratar as conseqüências da ausência da figura parental, bem como, descrever de que forma o modelo adicto dos pais e o ambiente podem influenciar no comportamento adicto dos indivíduos.

### **2.1 Dilema na Busca da Identidade**

Nesta subcategoria estão reunidos os elementos que se conjugam para formação da identidade do indivíduo adicto. Nos relatos, as mensagens traduziam auto-estima baixa, sentimento de inadequação, dificuldade em respeitar as leis sociais, e conseqüentemente, não aceitação das normas familiares. Nas relações com o outro, o indivíduo apresentava dificuldade de ouvir e perceber, denotando uma mistura de si com o mundo externo.

Nas colocações do membro adicto e seus familiares estão presentes tensões relacionados aos temas: solidão, medo de ser excluído pelos familiares, isolamento, insuficiência de apoio e afeto. Observa-se que a personalidade adicta não suporta a solidão e as perdas, a qual vive uma constante espera de ser compreendida e amada. O adicto se queixa de exclusão familiar, mas a família também se sente excluída do

mundo do membro adicto, que por sua vez, sente-se diferentes de todos, tal como pode ser observado pelos relatos:

*(...) A única coisa que eu acho é que acentuou uma situação que eu já sentia. Que era o preconceito em relação a mim. Porque na verdade sempre senti que existia uma exclusão por essa questão de religião. (PI Oj.)*

*(...) Então, até hoje eu não consigo me relacionar com elas, a gente não se fala. Eu não falo com elas, só mais com a T. Só que eu vejo que não foi a droga que fez isso, porque a questão da religião já tinha antes da droga. Eu não me relaciono com elas, mas elas se relacionam entre si. O que acontece é que eles (pais), ficam como ponto de referência e a gente se relaciona em função deles, por causa deles. (PI Oj.)*

*(...) na verdade ele acabou se excluindo, ele que sempre teve preconceito conosco, porque ele se sentia diferente. (Irmã do PI Oj.)*

Isto vem ao encontro de Kalina (1999) quando ressalta que, diante desta falta de estruturação básica de vida, estes indivíduos necessitam de compensações rápidas para aliviarem a tensão. Neste sentido, tanto a literatura como esta pesquisa revelam que os substitutos frequentes são os elementos químicos, isto é, as drogas, com as quais eles acreditam que conseguem eliminar a ansiedade da espera, a angústia da frustração e que poderão atingir um estado de equilíbrio e tranquilidade.

O autor citado considera que o adicto não suporta a solidão justamente porque ela faz com que seu ego fique sem apoio e, desta forma, revive a solidão que experimentou quando era criança devido à insuficiência de apoio. Este reencontro com o afeto ausente tem, para o adicto, o efeito de uma catástrofe. O drogadicto é sempre dominado por angústias e temores, cuja qualidade e intensidade os transforma em sentimentos inteiramente insuportáveis para seu ego.

Outro aspecto presente no comportamento dos adictos, de acordo com os relatos das famílias, é a pseudoindivuaçãoção, ou seja, existe um desejo de uma vida

independente, mas quando a conseguia não sabia como administrá-la, devido à fragilidade, em virtude das regras e dos limites que deveriam ordenar o funcionamento e, no entanto estavam distorcidos. Observou-se nos relatos que, quanto mais o adicto usava a droga para diferenciar-se, mais dependente ele ficava da droga e, conseqüentemente, da família. A seguir, alguns depoimentos que confirmam esta conclusão:

*(...) Não, eu morava com eles, meu pai me sustentava nessa época, me dava dinheiro e tudo, mas eu era distante, não ficava muito em casa. E daí quando eu tinha 21 anos eu casei e fui morar junto com a minha mulher. (PI Oj.)*

*(...) Eu peço mesmo pra ela me ajudar, mas não é nada demais. Quando eles vão no mercado eu peço para eles comprarem algumas coisas para mim e tal, no começo do bar eles me ajudavam a cuidar, porque eu ainda não tinha muitos funcionários. (PI Oj.)*

Diante desta constatação de que o adicto tenta diferenciar-se da família por meio do uso da droga, autores como Stanton e Todd (1985); e Bepko e Krestan (1995) mencionam que a drogadição serve de vários modos para resolver o dilema do adicto quanto a ser ou não um adulto independente. É uma solução paradoxal que permite uma forma de pseudoindivuação. Ao usar drogas, o indivíduo não está nem inteiramente dentro e nem totalmente fora da família. Pune-se quando está dentro e culpa a droga quando está fora. É competente dentro de um grupo de incompetência.

## **2.2. Negação da extensão do problema no nível familiar**

Descreve-se o mecanismo de negação como um dos comportamentos mantenedores da adição de substância psicoativa no sistema familiar. As mensagens das famílias revelavam que a negação visa proteger o sistema de um desmantelamento, por sentir-se envergonhada e temerosa dos preconceitos que possa vir a sofrer pelo contexto sócio-familiar. Para tanto, usam estratégias como a minimização do problema para os demais membros do sistema familiar nuclear e ampliado. De acordo Bepko & Krestan, 1994, as famílias adictas utilizam a mentira como uma forma de guardar segredos,

formando o tripé da negação: a mentira cria segredos, o silêncio mantém o segredo e a guarda de segredo alimenta a negação. Destacam-se nos trechos das entrevistas os seguintes relatos que mostravam: a) o encobertamento das atitudes adictas, b) minimização do problema, c) retraimento social, familiar, emocional, d) distorção de que o problema do uso de substâncias psicoativas justifica se quando ele ocorre fora do contexto familiar, pois “beber em casa não é problema”. Estes aspectos têm como finalidade manter coeso um sistema abalado:

*(...) Eu omitia mesmo, mas era porque era muito sofrido, eu não queria que elas sofressem, queria poupá-los. Eu sou uma pessoa que gosto de passar só alegrias, não gosto de passar coisas ruins. (Mãe do PI Oj.)*

*(...) Ela não fala nada pra gente...A mãe sempre escondeu tudo da gente, nunca falava as coisas relacionadas ao Oj. claro que a gente percebia, mas ela insistia em não falar nada...A minha mãe sempre quis tapar o sol com a peneira. Quando eu fumava ela sabia que eu fumava mas dizia que não sabia. Ela me via fumando. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) Não falo nada mesmo, eu nunca falo as coisas deles uns para os outros, mas não é só do Oj. é de todas. O que a Ma. me fala eu não falo para a M. e o que a M. me fala eu também não conto. (Mãe do PI Oj.)*

*(...) Daí a gente tentou esconder da minha família, mas ficavam mandando bilhetes anônimos. (Companheira do PI Dg.)*

*(...) No começo foi difícil. Ainda é. Quando ele falou foi muito difícil, fiquei carregando sozinha, ninguém da minha família sabia, eu não quis contar pra ninguém. E quando eu falei para o pai dele, ele fez um monte de acusação, disse que eu tinha deixado ele sozinho. (Mãe do PI Dg.)*

*(...) Na família da minha mãe muitos não sabem. Mas é normal. (PI Dg.)*

*(...) Na minha família cada um fica no seu canto, ninguém se envolve muito na vida dos outros...até porque eles todos bebem, então como é que vão falar alguma coisa pra mim se já fazem coisa errada. Então eles não falam nada. (PI MI.)*

*(...) Eles acham que bebem socialmente. (Companheira do PI MI.)*

*(...) É porque eles não vão a bar, eles bebem em casa. (PI MI.)*

Nesta perspectiva, Bepko e Krestan (1994) colaboram ainda, quando colocam que a negação que surge dentro do sistema familiar é motivada pela necessidade da família de manter a si mesma, em face de temores cada vez mais profundos de desmoronar. A guarda de segredos gera maior guarda de segredos, e a negação também opera ao nível das mentiras, segredos e silêncio para os outros membros da família. Nos relatos acima se verifica que o uso de substâncias psicoativas era reconhecido e negado pelo sistema parental e fraternal, dentre outros.

### **2.3 Empobrecimento na Relação Pais e Filhos**

Esta categoria descreve os estilos de comunicações adotadas pelo sistema familiar, compreendendo que esta pode ser expressa de forma verbal e não verbal, retratando, pois, um aspecto da dinâmica familiar. Observou-se em determinadas situações que, quando o membro adicto externalizava sua opinião, o fazia de forma confusa, desligada e perturbada. Outras vezes, solicitava ajuda dos familiares na compreensão do tema então abordado. Em algumas situações, o membro adicto tinha sua opinião validada e em outras rejeitada e desqualificada. Outro aspecto observável nos relatos era a maneira rígida ou permissiva na forma de se expressar dentro do sistema familiar. Ou seja, os filhos se mostravam insatisfeitos em relação à comunicação estabelecida com os pais, colocando que estes eram muito rígidos, faziam muitas cobranças, não sendo possível estabelecer um diálogo adequado com estes. Por outro lado, os pais se mostraram insatisfeitos em relação aos filhos, colocando que estes

não os obedeciam, não escutavam o que eles diziam e que tentavam estabelecer uma comunicação com os filhos; demonstrando assim, a reciprocidade de sentimento frente à comunicação que era estabelecida. Como consequência, o diálogo apresentava-se de forma precária, indireta e confusa. Observava-se nos relatos das famílias o padrão comunicacional abaixo descrito.

*(...) A comunicação nunca foi clara. Dos dois lados assim a comunicação era truncada, eles não tinham muito papo com a gente, quando eles diziam não era não, não tinha o que discutir. (PI Oj.)*

*(...) Eu sempre fui muito aberta pra conversar, estava sempre disposta a conversar com eles. (Mãe do PI Oj.)*

*(...) Ela não era não, ela só ficou mais aberta quando o Oj. começou a ter os problemas. (Irmã do PI Oj.)*

Neste tópico da comunicação, compartilhamos os dados obtidos com os autores Nichols e Schwartz (1998) quando afirmam que, no sistema familiar, a comunicação pode ser aceita, rejeitada ou desqualificada. Na rejeição, estão implícitas regras de boa conduta e o grau de censura é muito grande. Nestes contextos, a droga pode representar a quebra desse silêncio tenso e embaraçoso, emergindo como sintoma que não pode ser “rejeitado”. Na desqualificação da comunicação, as declarações são contraditórias e incoerentes. Há mudanças bruscas de assuntos, interpretações errôneas, dentre outros.

Constatou-se nos depoimentos que no contexto absurdo ou insustentável de comunicação a droga representava um sintoma único possível de relacionar. No contexto onde não havia espaço para se comunicar, a droga pode sinalizar um pedido de escuta ou tentativa de mudança dentro de um modelo ambíguo e ameaçador à integridade individual.

Identificou-se ainda, uma estrutura rígida demais ou permissível demais, na qual o sistema ficava mal equipado para se adaptar às circunstâncias alteradas:

*(...) Eu tenho muitas recordações ruins da minha infância. Tem palavras que até hoje se eu escuto me fazem mal, palavras como: cala a boca, para de chorar. Eu escutei muito isso. (Irmã do PI Oj.)*

Segundo Bursztein e Stempliuk (1999), as famílias dos dependentes químicos caracterizam-se por um repertório de regras muito pouco diversificadas: ambíguas na forma em que são comunicadas e rígidas em sua forma de cobrança. Possuem uma forma paradoxal de estabelecer limites. Quando usam advertências, o fazem de forma rígida, ao mesmo tempo em, que na prática cotidiana não é dada a devida importância. Assim, acumulam-se cobranças, independentemente do cumprimento da ordem ou não. Esse tipo de comunicação pode ser chamado de “ordens vazias”, “advertências vazias” ou mesmo “ameaças vazias”.

## 2.4 Desengajamento Familiar

Nesta subcategoria está presente a dinâmica familiar, cuja definição inclui de que forma e por quem as funções são exercidas no sistema familiar. Utilizou-se aqui o conceito de fronteiras, desenvolvido por Minuchin (1982), que descreve o tipo de relacionamento existente, regulando a quantidade e a forma de contato um com os outros, dentro do subsistema familiar. Nos relatos dos familiares, observou-se que as pessoas estavam emocionalmente fusionadas ou desligadas do problema. As regras de funcionamento eram pouco claras, difusas, aliadas a uma inflexibilidade, caracterizada por: métodos disciplinares autoritários e/ou permissíveis, ausência prolongada dos pais, figura parental periférica ou ausência física. Por outro lado há uma estreita relação entre o membro adicto com a mãe, tal como pode ser observado nos relatos extraídos das famílias:

*(...) gente trabalhava fora o dia inteiro, então o R. passava o dia inteiro sozinho, desde pequeno ele já ficava o dia inteiro sozinho.*

**(Pai do PI R.)**

*(...) Logo depois que ele saiu da prisão, a gente internou ele. Pegamos ele de noite e levamos para o hospital, mas ele não quis ficar.*

*(...) Desde dos treze anos ele já passou a se distanciar, e a gente nunca teve domínio sobre ele.*

**(Pai do PI R.)**

*(...) Não. A imagem que eu tenho da minha mãe é de uma pessoa muito autoritária, ela sempre foi muito dominadora, e o pai sempre foi assim desligado...Na verdade, a mãe é que ficou com toda a responsabilidade pelos filhos, desde o começo...Nessa época era tudo a mãe, o pai era muito ausente. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) Porque eu era muito pequeno quando ele foi embora. Eu não lembro de nada, e ele nunca mais voltou, nunca mais procurou a gente. Foi a minha mãe que batalhou sozinha para criar todos nós. (PI MI.)*

*(...) a hora que eu precisava ter um pai, de autoridade eu não tive. Ou mesmo de poder perguntar para alguém alguma coisa, eu não tive. Minha mãe tinha autoridade, mas é diferente. (PI Dg)*

*(...) É que o Al não conhecia o pai. Ele só foi conhecer e saber quem era o pai dele quando estava internado a primeira vez. (Irmã do PI AI)*

Conforme é possível observar nos relatos acima, a figura materna mostrou-se exigente e controladora mantendo uma relação simbiótica forte com os filhos. Quanto ao pai, apresentou-se como uma figura periférica, distante, senão ausente, das situações cotidianas da família. Os autores Stanton e Todd (1985); Carter e Mcgoldrick (1995), revelam que de modo complementar, as mães cedem seu lugar de esposa (relacionamento sexual ou de companheirismo com o cônjuge), desde que se lhes permita exercer o controle total no cotidiano dos filhos.

## **2.5 Modelo Parental Adicto**

Descreve que o uso das drogas era aprendido predominantemente no contexto das interações primárias e que os comportamentos das figuras parentais foram paulatinamente interiorizados pelo indivíduo. Os conteúdos das entrevistas e os dados do genograma apresentam o uso de substâncias psicoativas tanto pelo pai como pela

mãe. Descreve ainda, ambientes de convívio facilitadores à aquisição da drogas. A seguir, os textos ilustram a relação do uso de substâncias psicoativas pela figura parental e pelo subsistema filial e mostram que a adição por um dos pais afeta todos os membros do sistema familiar:

*(...) ela era dependente de álcool, agora no CAPS ela está em abstinência há 2 anos. (PI RI. falando sobre a mãe)*

*(...) ele tem o costume de tomar aperitivo antes do almoço, mas a única vez que vi meu pai bêbado foi uma vez...meu pai tinha um bar grande em casa, daí pra ele não sentir falta, eu fazia a famosa farmácia. Eu misturava várias bebidas, um pouquinho, de cada para ele não sentir falta. (PI RI.)*

*(...) Mas a gente sabe que ele tem história de álcool, até porque a mãe conheceu ele dentro de um cassino. (Irmã do PI Al.)*

Colaboram com este tema autores como Bepko e Krestan (1995), e Stanton e Todd (1985) que em suas pesquisas encontraram uma alta correlação entre o consumo de drogas no filho e a ingestão de álcool pelo pai. Relatam ainda que os pais do dependente têm grande apego por jogos de azar e televisão. Neste estudo ficou visível a relação entre a adição pelo modelo parental e o consumo de drogas pelos filhos.

### **3. Subsistema Familiar Impactado com o Comportamento Adicto**

Nesta categoria foram descritas as subcategorias que retratam como cada subsistemas reagem diante da descoberta do uso da droga no sistema familiar. As entrevistas confirmaram que havia uma questão de gênero no aspecto do cuidar, ou seja, como em outras doenças, as mulheres eram as mais envolvidas com o adicto e o tratamento deste, tornando-se cuidadoras emocionais super-responsáveis nas famílias. Mostraram ainda, a presença maciça da figura feminina (mãe, irmã, cunhada) no tratamento. Estas sinalizavam estresses no sistema familiar causado pelos conflitos, intensas brigas, baixa tolerância e adaptação em função da droga.

### 3.1. Subsistema parental

Neste item constata-se, pelos diálogos das famílias, o intenso envolvimento das mães com seus filhos. Estas demonstraram facilidade em desculpá-los, disponibilidade elástica em atendê-los, sofreram e se preocuparam com o uso de drogas pelo filho, eram capazes de encobrir o problema da drogadição para preservá-los. Fizeram aliança com eles e em alguns casos excluíram o marido, como forma de manter o controle da situação. Os relatos das famílias conferem:

*(...) não sabia como contar prá minha mãe, ela ia ficar arrasada. E realmente, quando eu contei, ela não aceitou, ficou doente, foi o fim prá ela (...). A atenção é voltada muito para ele, eu acredito que seja por causa do pai dele. A minha mãe amava muito o pai dele, daí por isso, é diferente o tratamento, ele recebe uma atenção especial, ele foi o único que nunca faltou nada, ele tinha de tudo. (Irmã do PI Al.)*

*(...) São as duas. Os três: minha mãe, a E e meu filho. (PI Dg)...Minha mãe também ajuda bastante. (Companheira do PI Dg.)*

*(...) Eu vejo que não mudou nada. A mãe continua amparando ele demais. (D. dá risada). É ela que vai no supermercado prá ele, lava as roupas dele. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) Na verdade eu procuro mesmo ajudá-lo, mas eu ajudo ele como eu ajudo todos os meu filhos. Quando a T. viaja sou quem cuida dos cachorros dela; quando a Ma vai viajar eu fico cuidando da casa dela, saio da minha casa pra ficar na casa dela; ajudo a M a limpar a casa de praia. Mas eu faço isso porque eu gosto de ajudar meus filhos. Eu não ajudo especialmente o Oj. Eu ajudo porque eu acho que esse é o papel da mãe, ajudar os filhos, eu gosto disso. (Mãe do PI Oj.)*

Como estudiosos desse tema, Bursztein e Stempliuk (1999) destacam que são freqüentes as relações parentalizadas entre um dos progenitores e filho do sexo oposto. Por exemplo, uma mãe superprotetora, indulgente, apegada e amplamente permissiva com o adicto, que ocupa muitas vezes o lugar do filho preferido. Pode em alguns casos negar a situação-problema, ou minimizar os riscos, ou em alguns casos, fazer uma aliança explícita, guardando segredo sobre o problema, querendo preservar o membro adicto, acreditando que com este apoio emocional, a situação da drogadição pode ser resolvida.

*(...) eu só queria falar que na vez passada o Oj colocou que a E. foi muito importante no tratamento, mas na verdade ele só caiu e foi buscar ajuda por nossa causa. Porque até então a mãe ficava sustentando o vício dele, dando dinheiro para ele pagar as contas. Então ela esteve do lado dele o tempo todo. Ela apoiou muito ele no tratamento. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) uma vez eu lembro que eu fui pegar na casa da mãe uma TV minha, bem antiga, que estava lá, e ele tinha vendido. Daí eu lembro que a mãe foi até a praça para negociar, recuperar a televisão (D. dá risada). (Irmã do PI Oj)*

*(...) porque a gente foi vendo que a mãe era muito conivente com ele e que isso era ruim, e foi falando pra ela, mas ela não escuta. Daí, aos poucos a gente foi largando mão, já não ajudava mais ela, ela ia atrás dele sozinha. (Irmã do PI Al.)*

*(...) A mãe ainda é a mais envolvida. (Pai do PI R.)*

*(...) Os dois na verdade, mas a mãe acompanha mais, vem mais nas reuniões, é mais rigorosa. Ele está vindo na segunda reunião só porque a minha mãe está cuidando da minha avó. (PI R.)*

*(...) A gente chamava atenção, brigava, mas depois acabava acolhendo. (PI Dg.)*

### 3.2. Subsistema fraternal

Esta subcategoria descreve o super envolvimento das irmãs, decorrente das seguintes situações: fragilidade ou ausência de monitoramento da mãe, dependência química da mãe, separação e recasamento, deixando os filhos sob a responsabilidade de outros, sendo que a filha mais velha normalmente assume a função maternal. Por outro lado, ocorre uma diminuição de contato por parte das irmãs quando estas discordam da atitude conivente da mãe em relação ao membro adicto, como já descrito, apresentando sentimento de raiva por certo período de tempo, pela constatação de abuso deste em relação à mãe. Nos relatos notou-se a desesperança de que não havia mais jeito, assim como observou-se enorme preocupação e sofrimento pelos riscos que o membro adicto vivenciava.

*(...) Foi um amigo dele que contou pra mim. Nossa! Foi muito difícil, eu lembro que chorei muito, fiquei com dor de estômago por 15 dias...Acho que nós 3: eu, a mãe, e a minha irmã. Teve até uma vez que eu fui conversar com ele e fiquei muito mal, (ela chora nesse momento), porque ele tava perdido, eu não sabia o que fazer. A minha irmã, a S., ela emagreceu um monte, ficou irritada, e minha mãe emagreceu também. (Irmã do PI Al.)*

*(...) É, elas que eram minha mãe, porque eu não sabia quem era a minha mãe, hoje é melhor. (PI Al.)*

*(...) ah não, quanto a isso não teve problema, porque as irmãs da minha mãe sempre ajudaram bastante, elas cuidavam da minha mãe e da gente. Eu lembro que quando eu era pequeno ela bebia escondida, ia para o quarto beber. (PI Rl.)*

*(...) Ela continua fazendo muitas coisas para ele, amparando ele. Não mudou muito a situação. E nisso a gente discorda, porque eu acho que ele devia assumir mais responsabilidades. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) Minha filha sempre me ajudou mais, ela tava sempre do meu lado, ela que me avisava das coisas. (Mãe do PI Dg.)*

Os temas de aliança e apego encontrados nos depoimentos vêm ao encontro dos estudos de Stanton e Todd (1985), que ressaltam as alianças entre os membros da família e dentro dos sistemas familiares, por exemplo, a mãe e o filho, irmãs, demonstrando o apego excessivo que existe nestas relações, o qual é, com frequência, muito explícitos nas famílias de adictos. Este dado também foi encontrado na análise dos genogramas.

### **3.3. Subsistema conjugal**

Descreve como o cônjuge estrutura sua vida em torno do uso da droga pelo outro. No início, minimiza o problema. Em seguida, procura controlar o comportamento do companheiro e há brigas constantes na tentativa de resolver o problema. Então abdicava da sua condição de vida para seguir os padrões do companheiro, ou seja, em alguns casos inicia o uso da droga imaginando que assim estará próximo e o ajudará a diminuir o uso. Tem uma conduta de co-dependência, está fusionado, não existem fronteiras entre o seu existir e o existir em função do outro. Sofre por sentir que vai perdê-lo. Além disso, mostra frustração por não conseguir mudar uma relação que não depende só dela. Desespera-se ao ver os bens materiais desaparecerem para aquisição da droga. Em alguns, casos há agressão física e denúncia na Delegacia da Mulher. No entanto, após perdoa-o e acredita quando o cônjuge diz-se arrependido e que não vai mais acontecer. Há também uma tolerância por parte da esposa que sente-se fraca para impor o tratamento ao marido. Normalmente solicita ajuda da mãe e sogra. Constata-se um superfuncionamento da esposa/companheira no orçamento doméstico, isto é, ela procura suprir as necessidades da família.

*(...) Eu tomava junto com ele também, mas agora que ele parou eu parei também. Mas eu cobrava bastante, porque ele não estava trabalhando, não tinha dinheiro, eu e que sustentava a casa e ele ia ao bar. Eu sempre cobre muito ele em relação a emprego (companheira do PI Rl.)*

*(...) Então, até eu me relacionar com a E. eu não usava nada, eu comecei a usar eu já tinha uns 25 anos, em função da S., que eu conheci antes da E. E antes disso eu tinha usado dos 14 aos 15, mas parei. (PI Oj.)*

*(...) Eu fico com vontade de socar ele, com isso eu sou muito intolerante. Eu até to tentando me controlar. Até da última vez que ele recaiu quem atendeu ele foi a mãe, porque eu fiquei muito irritada. Ela foi lá ficou com ele, levou coquinha, pegou ele no colo (Companheira do PI RI.)*

Diante dos depoimentos, partilhamos com os autores Bepko e Krestan (1995) quando sugerem que o álcool, e aqui adicionamos as outras drogas, é um regulador de proximidade e distanciamento no casal. Os relacionamentos onde um ou os dois cônjuges são afetados pela droga apresentam conflito, competitividade, dependência explícita ou encoberta por ambos os cônjuges e papéis complementares em desequilíbrio, com um deles super funcionando pelo outro, já que o outro funciona de maneira ineficaz. Já para Andolfi (1996), a co-dependência é mantida pela aprendizagem das regras do jogo da família e pela crença de que elas não são mutáveis. Acrescenta, que os indivíduos que não se encaixam neste padrão são excluídos. Assim um co-dependente pode casar-se várias vezes com adictos, acreditando ter sempre o azar de encontrar apenas este tipo de parceiros.

#### **4. Organização Relacional da Família Adicta**

Esta categoria engloba o relacionamento interacional dos membros da família detalhando o funcionamento antes e depois da entrada da substância psicoativa. Descreve sobre as lembranças positivas e negativas nas relações familiares, a regulação das relações e dos afetos; a inclusão e exclusão dos membros no sistema familiar; a forma de convivência seja tanto afetiva como geográfica; mitos familiares; sentimentos individuais e familiares; perdas materiais e afetivas; medo de mudanças ou desesperança de que não haja mais jeito; descréditos e ambigüidades nas atitudes; crenças religiosas; faz correlação entre a dor familiar e a responsabilidade do adicto; das

condutas anti-sociais; desestruturação familiar; alienação dentro do sistema familiar; a baixa coesão e auto-estima familiar. Ou seja, esta categoria traz a configuração familiar antes e depois da descoberta da droga no contexto, retratada nas entrevistas e genogramas.

#### **4.1. Organização Relacional da Família Antes do Processo Adicto no Contexto Familiar**

Esta subcategoria refere-se à organização e à forma como as famílias se relacionavam antes da conscientização da entrada da droga no contexto familiar. Inclui as lembranças da convivência em relação aos aspectos positivos e negativos, como se expressavam os afetos, os conflitos nos subsistemas, as causas e conseqüências destes, os acordos e desacordos nas crenças religiosas, bem como os aspectos de diferenciação.

*(...) Eu até lembro dele assim pequeno, no meu colo, mas depois de um tempo nunca mais convivemos. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) Eu não tenho lembranças do Oj. Como irmão assim, não lembro de ter passado tempo com ele, ele sempre foi muito ausente, nunca quis conviver com a gente. (Irmã do PI Oj.)*

Vale ressaltar que este trabalho vem apresentando dados sistematizados através das entrevistas e observações das famílias durante a construção do genograma, segundo os quais podemos afirmar que famílias pré-adictas possuem certas uniformidades de comportamentos (algumas já mencionadas neste trabalho e na literatura sobre o tema). No entanto esta categoria traz à tona aspectos relacionados às emoções e ao sentimento de amor como base da organização familiar. Os relatos mostram a forma desestruturante da família.

*(...) A minha família desandou de uma vez, não é uma família unida. Quando a gente se reunia era pra beber e brigar. (PI MI.)*

Utilizando a teoria do psicodrama, a família é o *locus*, onde se estrutura a personalidade do indivíduo, é em si um meio, um instrumento sistêmico necessário para

o desenvolvimento psicodinâmico, histórico, afetivo e social do indivíduo (Moreno, 1975). Quando esta matriz familiar sofre tensões, pode desencadear pobreza nos afetos ou mesmo dificuldades de expressá-los, ou quando manifesto, o faz de forma contrária ao sentimento real, existindo assim, uma distorção dos mesmos, que se expressa através de brigas, desentendimentos em relação às crenças, confrontos, denotando assim os conflitos entre subsistemas. Desta forma os membros se uniam tendendo a uma aglutinação afetiva e até de habitação, como uma forma de auto-proteção, conforme relato:

*(...) a mãe mora do meu lado, é minha vizinha. Ela tem 54 anos. Mas eles se odeiam. (Irmã do PI Al.)*

*(...) Ela mora com uma irmã minha. No terreno que eu moro a minha irmã mora na frente e outra atrás. Minha mãe mora em outro terreno, e a Te. mora com ela. No meu terreno mora a Ml. (PI Ml.)*

*(...) Hoje eu to morando com a E., mas antes eu morava sozinho no apartamento, daí morei com a minha irmã, daí quando eu conheci a E. eu fui morar com a minha sogra, mas aprontei e minha mãe alugou um apartamento para eu ir morar sozinho e a E. ia morar comigo mas não deu, só agora que ela ta morando. (PI Dg.)*

Somando a esta discussão dos aspectos de super proteção, o autor Minuchin (1982) apresenta os subsistemas aglutinados como tendo sentido elevados a apoio mútuo, porém, às custas da dependência e da autonomia. Acrescenta que os indivíduos sentem-se menos à vontade quando a sós consigo mesmos e podem ter problemas para se relacionar com pessoas de fora da família. Neste trabalho, evidenciou-se que as famílias relatavam as crises do cotidiano e a falta de habilidades para enfrentá-las. Segundo Nichols & Schwartz (1998), o que distingue uma família normal não é a ausência de problemas, mas uma estrutura funcional com que as mesmas são capazes de lidar com as adversidades cotidianas, sem que isto afete sua estrutura como um todo.

## **4.2. Organização Relacional da Família depois do Processo Adicto no Contexto Familiar**

A presente subcategoria descreve e analisa as características organizacionais referentes a alguns aspectos da estrutura e dinâmica das famílias após a conscientização do problema da drogadição e seu reflexo no contexto familiar. Os elementos que aparecem nas entrevistas pertencentes a esta subcategoria são: conscientização do problema, função do sintoma, conduta anti-social, baixa auto-estima do adicto e família, perdas materiais e afetivas do adicto e familiar, arrependimento do adicto, sentimento de raiva pelos demais membros dos subsistemas, frustrações, desconfiança, rejeição familiar e social, descrédito na competência do adicto e familiar, crenças de que o adicto é responsável pela dor da família, equilíbrio e desequilíbrio familiar e alienação dentro do sistema familiar.

*(...) A gente não sabe o que falar, eu não esperava isso. Porque embora na família tenha muito problema com drogas a gente não tem contato com eles, não sabia como era o negócio de droga, não tinha informação. (Pai do PI R.)*

*(...) Não sabia que a droga causava tanto estrago, tanto transtorno. Não sabia os efeitos da droga. Ouvia dizer da família, mas eu não sabia o que era mesmo. A droga acaba com a vida, a gente passa a enxergar tudo em preto e branco, a vida perde o brilho. (Pai do PI R.)*

No que refere à conscientização da família, os relatos mostraram que esta ocorreu após longo tempo depois da revelação, mesmo acontecendo situações que denunciavam claramente a conduta adictiva.

*(...) Teve uma vez que eu cheguei e ele estava em casa vendo TV, e ele disse que ia ficar lá. Daí eu fui para o quarto e ele tinha colocado pedras na cama, mas eu fiquei pensando que ele tinha colocado de besteira, e joguei pela janela. Daí quando a Ma. chegou*

*eu comecei a ficar desconfiada e pedi para que ela visse se ele estava lá vendo TV e ela disse que não. Eu e o pai dele saímos desesperados atrás dele, e quando a gente o encontrou ele estava a umas três quadras de casa. Eu não gostei da cara dele, mas não desconfiava de nada. (Mãe do PI Oj.)*

Na descrição do sintoma (droga), os conteúdos das entrevistas, demonstraram que o uso da droga é uma tentativa de diferenciar-se dos padrões da família. A descoberta desencadeou uma desorganização familiar, produzindo uma reação de extrema perturbação e rigidez a confirmar no trecho abaixo:

*(...) Daí, eu decidi levá-lo na delegacia, porque eu queria que fizessem um exame nele, para saber se ele estava intoxicado. Daí, os mandaram para um outro lugar para que fizessem os exames, mas não encontraram nada, disseram que ele não estava intoxicado. (Mãe do PI Oj.)*

*(...) E nesse dia eu não tinha usado nada mesmo, tava indo resolver um problema do som. (PI Oj.)*

Para Minuchin (1982), os sintomas são provenientes de estresse que cede a capacidade do indivíduo de lidar com ele. Esta capacidade é um meio de diferenciação dentro do sistema familiar. Quando isso não ocorre, ele não pode aprender e conviver com o real significado do “eu” e do “outro”, transformando em presa fácil para uma fusão indivíduo-droga. Destaca ainda o autor, que a função do sintoma (droga) pode servir como um mantenedor homeostático deste sistema, como uma forma simples de camuflar um outro problema da família e manter a mesma estrutura, ou seja, rígida e inadequada ou podendo provocar uma mudança.

Outro aspecto relevante observado nos relatos era a desconfiança em relação ao membro adicto, a qual desencadeou por parte da família uma constante vigilância devido ao medo de recaídas, ocasionando assim raiva, frustrações e descrédito em relação a sua condição de abster-se da droga. Por vez a própria família questionava sua competência:

*(...) Abala a família em tudo. A gente não fica mais sossegado, perde a confiança. Pior que foi tudo junto, a droga e a prisão. Ele tem um compromisso com a lei. (Pai do PI R.)*

*(...) É uma vitória a cada dia, se ele leva a namorada em casa, que ela mora perto ali, a mãe já fica insegura, se ele demora pra voltar. É uma insegurança só. Porque veja, o meu marido não usa nada há 3 anos. E o Al. já teve 6 internamentos, 4 deles em Caps. A gente sempre fica insegura, pensando que ele vai conseguir, mas daí dá 6 meses e ele recai. É sempre assim, ele fica um tempo e daí recai. (Irmã do PI Al.)*

*(...) Que a gente não desconfia é mentira. Mas ele está diferente, dá para perceber. Ele sai menos. (Pai do PI R.)*

No que diz respeito à atitude anti-social, os relatos transmitiram uma vinculação desta ao ato de se drogar. Um dos recursos para obter a droga era através do roubo, muitas vezes na própria família, na própria casa. Nesta situação ocorria um desequilíbrio na família provocando sentimentos de rejeição e desespero familiar.

*(...) Dá última vez, ele limpou a casa. Eu tava trabalhando e quando voltei a casa tava limpa. Daí eu falei que não dava. (Esposa do PI MI.)*

*(...) Roubei um pedestre à mão armada, e agora estou na condicional. (...)Foi para comprar crack, porque na época eu só usava isso, mas antes já tinha usado outras. Fui da maconha para a cocaína e para o crack. (PI R.)*

*(...) Assalto à mão armada, corrupção de menores e tentativa de homicídio. Porque o cara de quem eu peguei a arma tinha dado uns tiros uns dias antes, mas a bala não saiu, então ficou como se eu tivesse tentado atirar na pessoa. (PI R.)*

Para Minuchin (1982), quanto mais a família é “desengajada“ nas suas relações interpessoais, maior o risco de desenvolver comportamentos anti-sociais.

Confere-se também nos relatos, trechos que traduziam arrependimento dos adictos no diz respeito ao ato de drogar-se. Em determinado momento eles perceberam as perdas materiais e de afetos provocadas por eles mesmos, aumentando mais ainda sua baixa auto-estima, característica esta, presente nos conteúdos obtidos.

*(...) Teve muita mudança, porque a gente tem um sonho, um projeto de vida, de trabalho, quer estudar né e agora tá aí né. Você vê, eu não saí nem do 1º ano do 2º grau. Eu perdi muitas coisas, coisas materiais. (PI Dg.)*

*(...) Ah, mágoa, no sentimental teve muitas conseqüências. Não sei explicar direito. Se eu não tivesse recaído podia estar bem. Tipo com a minha irmã, que agora está cada um para um lado. Fica uma coisa muito chata. Eu não sou o mesmo que era. Fico muito perdido ainda, até encaixar as idéias de volta, demora. (PI Dg.)*

*(...) A droga afetou minha auto-estima, a minha vontade de batalhar pelas coisas, a vontade de trabalhar. Agora eu quero recuperar tudo de volta. Mas primeiro tenho que me tratar. (PI MI.)*

Colaboram com este tema do arrependimento e suas conseqüências os autores Bursztein e Stempliuk (1999), ressaltando que o adicto ao acordar, quem na verdade acorda são: o arrependimento, as acusações, a culpa, a depressão e as promessas de parada, de que foi a última vez. Isto dura pouco tempo e a compulsão fala mais alto. Neste trabalho, verificou-se que as recaídas faziam parte da dinâmica adicta, no entanto constatou-se a existência de um Paciente Identificado que está em abstinência há dois anos.

Ainda, nos textos que se referem a esta subcategoria, detectaram-se alguns mitos familiares relacionados ao temas, tais como: que todos os problemas da família eram de responsabilidade da droga, bem como que o dependente era responsável pela dor familiar.

*(...) Antes de eu usar drogas a família era mais unida, depois que eu passei a usar a família se destruiu. Só que o meu padrasto eu já não me dava com ele, mas depois ficou pior. (PI Al.)*

*(...) Foi nessa época mesmo. Ele começou a fugir de noite, e o pai e a mãe tinham que sair atrás dele, ir em delegacia. (Irmã do PI Oj.)*

Figlie e Payá (2004) abordam que os mitos familiares são acentuados nessas famílias e que elas mantêm certa desesperança ou até mesmo comodismo, por acreditarem que o problema da droga é algo do “destino”, da família como um todo.

## **5. Abordagens das famílias para a solução do problema da adição**

Esta categoria descreve de que forma a família lidava quando descobria o problema da drogadição. Num primeiro momento, nos conteúdos das famílias, observou-se cumplicidade pelo subsistema maternal com o membro adicto para protegê-lo, e por outro lado, o subsistema fraternal denunciava o problema, instaurando um clima de desentendimento entre os membros da família.

Os relatos mostraram ainda que a busca do tratamento se dava quando o membro adicto se sentia pressionado pelo meio externo, como, por exemplo, quando ameaçado de ser preso, em situações de agressões na rua, em momentos de pressões familiares ou ainda quando encontrava-se em situação de auto destruição. Observaram-se ainda, no discurso do membro adicto, alucinações visuais acompanhadas de sentimentos de perseguição.

Pôde-se apreender das falas dos familiares que a conscientização da problemática deu-se após a ocorrência dos aspectos acima descritos, embora demonstrassem que somente o adicto necessitava de tratamento e que este deveria ter uma solução imediata para um problema que era vivido há muitos anos. Os recursos buscados por essas famílias para a solução da problemática, baseavam-se no internamento hospitalar ou em chácaras administradas por instituições religiosas, nas crenças religiosas ou em outros recursos especializados na área.

*(...) Logo depois que ele saiu da prisão. A gente internou ele, pegamos ele de noite e levamos para o hospital, mas ele não quis ficar. (Pai do PI R.)*

*(...) Ele tava se destruindo, ele já estava sendo agredido na rua, sendo ameaçado. (Irmã do PI Al.)*

*(...) eu ficava mal, saía de noite, achava que estavam me perseguindo, achava que a D. estava me traindo, seguia o carro dela, seguia outros carros achando que era o dela, e que ela estava com outros homens. (PI Oj.)*

*(...) Daí nessa época eu me internei. Eles começaram a me pressionar, as minhas irmãs, meu pais. Daí não deu mais para esconder, todo mundo começou a me pressionar. (PI Oj.)*

## **5.1 Esconder o Problema**

Esta subcategoria descreve que a regra principal do sistema familiar era de conhecer o problema da drogadição, mas não existia diálogo sobre ele, ou seja, a família tinha dificuldades de falar sobre o que realmente pensavam e sentiam. Desta maneira, estabeleciam-se uma cumplicidade relativa da figura materna com o adicto, e por outro lado à denúncia por parte do sistema fraterno, ocasionando um clima de desentendimento entre os membros familiares.

*(...) Ele fugia da gente, a gente começou a perceber que ele estava mal, mas ele não assumia para a gente. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) Eu vejo assim, ela tava sempre conivente com ele e ele acabou ficando acomodado. Parece que ele pensa que pode recair quantas vezes quiser que a mãe sempre vai pagar tudo pra ele. (...) quando ele recaía a gente sempre estava atrás dele, pagando as dívidas dele com os traficantes pra ele não morrer. (Irmã do PI Al.)*

A literatura e os dados apresentados já explicitaram que o encobertamento de uma atitude adicta ou mesmo a cumplicidade por parte de um membro da família, e aqui visivelmente representado pela figura materna, podem “facilitar” comportamentos contínuos no uso de substâncias psicoativas por um de seus membros. Para a quebra desse processo retroalimentador, faz-se necessário o rompimento de um pacto de lealdade entre os membros do sistema familiar estabelecido ao longo dos anos.

Neste estudo, reitera-se a atitude ambivalente por parte do subsistema fraterno, ou seja, ao mesmo tempo em que criticava a postura de super proteção por parte da mãe, na ausência desta, se posicionava da mesma forma em relação ao membro adicto, como se observou no depoimento acima citado.

## **5.2 Conscientização do Problema**

Esta subcategoria remete à conscientização da existência da droga no contexto familiar, após ter passado por vários estágios de resistência e negação, para então assumir o problema e lidar com as situações provenientes dessa descoberta.

Nos relatos das famílias, observou-se um desejo de tratamento e recuperação do adicto e, ao mesmo tempo, elas apresentavam em suas falas medo de recaídas, dificultando assim a credibilidade de ambas as partes, ou seja, tanto por parte do familiar quanto do próprio adicto de acreditarem na possível abstinência.

Parafraseando Watzlawick (1967) a mudança autêntica exige a saída do círculo vicioso e a criação de um outro jogo, ou seja, para mudar uma situação estabilizada e infeliz faz-se necessária à modificação de alguns comportamentos que ainda são governados pelas mesmas regras.

*(...) Quando ele tem recaída, a gente levava ele lá no postinho perto de casa, ele é muito querido lá no postinho. (Irmã do PI Al.)*

*(...) Procurei porque não dava mais. Sempre eu achava que parava sozinho, mas chegou um tempo que eu já estava gastando todo o meu dinheiro. (PI MI.)*

*(...) É, ela esta enchendo ele para vir para cá faz um bom tempo, mas ele ainda não tinha admitido que tinha o problema (Companheira do PI RI.)*

Seguindo esse movimento de conscientização, os familiares percorriam sobre os recursos utilizados na tentativa de solucionar o problema. Estes iam à busca de tratamentos, desde os mais tradicionais, como hospitais e clínicas, aos de cunho religioso: chácaras e comunidades terapêuticas e às redes de apoio da comunidade: CAPSad, ambulatório, AA e NA .

*(...) Numa dessas casas de apoio, de uma igreja. Daí quando eu decidi fazer o CAPS no final do ano passado. Em Novembro, eu já estava com 30 dias de abstinência. (PI Dg.)*

*(...) Hoje as coisas estão bem, entre aspas. Quando ele está dentro de casa tudo está bem. Ele está indo na Igreja Universal. Todos nós estamos, na verdade. Não que nós sejamos evangélicos, ainda estamos escolhendo. A gente vai mais porque precisa escutar uma palavra positiva. Faz bem. (Irmã do PI Al.)*

*(...) Comecei tratamento há um mês, mas já estava internado. Mas foi esse ano que eu procurei tratamento. (PI MI.)*

*(...) Minha mãe é evangélica, ela tenta a todo custo fazer com que a gente não beba. (PI MI.)*

Para compreender os ilimitados modelos de tratamento, Figlie, Ribeiro, e Laranjeira (2004), informam que há ambientes de tratamentos mais famosos, tradicionais e conhecidos do grande público. Cada um possui vantagens e desvantagens na prestação de auxílio ao dependente químico. Não há serviços melhores do que os outros e sim pacientes mais indicados para cada serviço. Dependendo do momento de cada usuário, um serviço é mais indicado do que o outro. No entanto, independente da linha adotada, deve-se levar em consideração o indivíduo e o contexto em que está inserido.

## 6. Padrões familiares adictos ao longo das gerações

Esta categoria descreve os padrões repetitivos da atitude adicta em três gerações: dos avós, dos pais e dos filhos e suas conseqüências. Os relatos apresentaram, além do uso de substâncias psicoativas, estados depressivos, suicídios, transtornos mentais e neurológico, consumo de psicotrópicos, doenças somáticas como infarto, câncer, cirrose, levando em alguns casos a óbitos. Estas seqüências de eventos mostravam a lealdade ao padrão adicto intergeracionalmente, ou seja, a adição é transmitida de gerações em gerações, através de rituais, de crenças, de regras que regulam as atitudes e interações familiares. Observou-se nos relatos, que esse processo podia ocorrer de maneira, consciente ou inconsciente, constante ou dinâmica.

Durante a construção dos genogramas e das configurações familiares, foi possível mapear as lembranças dos comportamentos vividos pelas três gerações, como: abandono, agressões físicas e verbais, conflitos parentais, conjugais e fraternais, superfuncionamento das figuras femininas, figura paterna periférica, separações, reconstituições familiares, métodos disciplinares rígidos. A cada etapa de descoberta de como funcionavam as relações dentro do sistema, os familiares se surpreendiam, mas passavam a compreender as repetições dos padrões, especificamente, as atitudes adictas.

*(...) Um dos filhos, o I., morreu de cirrose. O N. é casado e tem filhos, mas eu não sei quantos, ele toma um pouco, mas é um cara bem de vida, tem quatro lojas. A outra filha, a I. é casada com um policial, tem um piá de 10 anos. Ela perdeu alguns filhos antes, porque tem pressão alta e acabava abortando. O I. que morreu era irmão gêmeo da I., ele era alcoólatra e dependente de drogas, de todas. Tinha cirrose e câncer galopante. **(Pai do PI R.)***

*(...) O V. é alcoólatra, bebe direto, um garrafão de vinho por dia. Os dois meninos são dependentes, usuários de droga injetável, usam cocaína e heroína. Eu sei que o T. está em abstinência, se tratando, mas está bem, mora em um sobrado. O D. ainda está na ativa. E as meninas, eu sei que usaram, mas não sei direito, acho que só fumaram maconha. (...) A G. era alcoólatra, faleceu de cirrose, faz*

*uns 20 anos. (Relato do Pai do PI R. sobre família de origem da esposa)*

A visualização de três planos geracionais permitiu evidenciar modalidades relacionais e de distribuição dos papéis utilizados não só na mesma geração, mas com bastante frequência na passada e nas posteriores, isto se constituiu num processo de descoberta inusitado da família pesquisada.

### **6.1 Modelo Adicto dos Avós**

Esta subcategoria evidencia o padrão familiar da família de origem, com informação das enfermidades e condutas problemáticas, onde destacou-se que o uso da substância psicoativa já ocorria na geração dos bisavós e avós. Entretanto, nessa geração as substâncias psicoativas utilizadas eram o álcool e o tabaco.

No que se refere ao aspecto relacional nessa geração, identificou-se um distanciamento com os membros das próximas gerações e/ou um desconhecimento da história da família paterna.

Os dados obtidos apontavam que as doenças nessas gerações relacionam-se a problemas cardíacos, derrames, câncer e doenças hepáticas.

*(...) O meu avô fazia uso de bebida, ele era alcoolista.(...) A mãe esqueceu de dizer que o avô, que é pai dela era alcoólatra. (PI Oj.)*

*(...) Eu sei também que o pai do meu pai bebia. (...) Não, meu avô morreu de câncer de esôfago, ele bebia e fumava. A minha avó também bebeu durante alguns anos, pelo menos eu via ela bebendo quando a gente morou lá. Ela bebia e fumava. (Irmã do PI Al.)*

*(...) Minha avó não, mas meu avô era alcoólatra. (...) Ele morreu de cirrose hepática. (PI RI.)*

O estudo de Bepko e Krestan (1995), em relação ao alcoolismo, vem confirmar os dados obtidos nesta pesquisa de que a presença do alcoolismo e outras drogas, em qualquer geração, retrata que as fronteiras familiares são rígidas ou difusas demais. E

também nos casos avançados, cujas famílias estão organizadas por um longo período em torno da droga, prevalecem o rompimento e isolamento em relação à família ampliada e à comunidade.

## **6.2 Modelo Adicto do Subsistema Parental**

Esta subcategoria inclui os padrões relacionais parentais onde se observou conflitos conjugais, separações, reconstituições familiares, sendo essas, na sua maioria com parceiros adictos, uso de substâncias psicotivas por ambos os pais ou apenas um deles, bem como presença de doenças mentais e somáticas.

Nos depoimentos dos familiares encontravam-se evidências de desentendimento do casal parental, conseqüente de um stress constante ocasionado pelas brigas, ocorrendo uma permanente interação negativa provocando ciúmes, intensificação dos problemas, que por sua vez resultavam em separações.

*(...) ela teve inúmeros relacionamentos, sempre foi muito namorada. E o último deu certo. Até porque quando eles se separaram ela era muito nova, acho que faz uns trinta anos que eles se separaram.(...) Então, porque depois que a mãe se separou do meu pai ela conheceu o pai da Pa., daí se separou, e casou de novo e teve o Al.(...) Do lado do meu pai não tem ninguém que tenha problemas com álcool, nem com drogas. O que eles têm é bastante problema de depressão. (Irmã do PI Al.)*

*(...) Ela (mãe) começou a fazer uso depois da separação. (PI Rl.)*

*(...) Não, sou divorciada há 16 anos.(...) E há muitos anos atrás, eu fumei cigarro. (Mãe do PI Dg.)*

*(...) Bem ruim, logo que a gente casou a gente brigava muito, porque a minha esposa era muito ciumenta, agora ela melhorou. (Pai do PI R.)*

As pesquisas de Carter e McGoldrick (1995) vêm ao encontro do que foi observado nesse estudo: a presença da dependência química pode estar revelando o padrão dependente de cada parte do casal, entre si ou com suas famílias de origem e que há um prejuízo na construção da identidade da família.

### **6.3 Modelo Adicto Pelo Subsistema Fraternal**

Esta subcategoria descreve os padrões do subsistema fraternal no que diz respeito às condutas da adição por parte dos irmãos ou por parte dos cônjuges, bem como às enfermidades mentais e somáticas existentes nesse contexto.

Os depoimentos das famílias demonstraram desentendimento entre o subsistema fraternal relacionado a um funcionamento baseado mais na competitividade do que no companheirismo, falta de intimidade entre eles, separação por parte dos irmãos, uso de substâncias psicoativas por estes e por seus respectivos parceiros(as).

No aspecto saúde, apontaram-se problemas relacionados à saúde mental, como bipolaridade e a depressão:

*(...) Bom, a minha filha mais velha é bipolar e toma Bipomax. Ela faz acompanhamento psiquiátrico. E a A.P. eu não sei se é bipolar, mas ela está tomando lítio, que foi receitado pela médica dela. (Irmã do PI Oj.)*

*(...) Eu tenho uma filha de 15 anos, mas é de um outro casamento, que eu tive antes do Am. Eu fiquei 13 anos casada (...) A gente se criou separado. Eu só fiquei sabendo que a S. era minha irmã quando eu tinha sete anos, a gente dormia juntas na mesma casa, mas eu não sabia que ela era minha irmã. (Irmã do PI Al.)*

*(...) O ex-marido da minha filha faz uso de álcool e de outras drogas também, eu acho. Tanto que quando a minha filha casou ela queria que ele mudasse e ele não mudou. (Mãe do PI Dg.)*

*(...) Tipo com a minha irmã, que agora está cada um para um lado. Fica uma coisa muito chata. (PI Dg.)*

*(...) A El. bebe e a minha outra irmã, a Ml. também. Ah e o meu cunhado também, marido da Ml. A minha irmã bebe e meu cunhado também.(...) Não, são do primeiro casamento, do segundo casamento, ela não tem filho. (...) Bebia, e esse de agora bebe também. (...) Ah, esqueci de dizer da minha irmã, a Ml, ela já foi internada por problema de álcool, essa aí perdeu o rumo mesmo. (PI MI.)*

*(...) A mais velha fuma e bebe, e o marido dela também. (Esposa do PI MI.)*

#### **6.4 Modelo Adicto Pelo Subsistema Conjugal**

Esta subcategoria descreve os elementos da relação do casal no qual um ou ambos são usuários de substância psicoativa, sendo que esta geração inclui os participantes desta pesquisa, no qual se detectou um acentuado uso do álcool, bem como de outras drogas. Nos relatos observou-se uma predominância de conflito na relação do casal, agressões física e verbal, separações e reconstituições familiares. Demonstravam-se nos conteúdos, prejuízos na construção de uma identidade familiar estável e quando esta união ocorria, normalmente eram com pessoas usuárias ou que conviviam em ambiente onde a droga estava presente, seja no contexto familiar ou profissional, estabelecendo assim uma retroalimentação das interações negativas. Tal constatação confirma, o que a literatura diz: que nos casamentos em que um ou ambos parceiros são filhos de pais drogaditivos, pode ocorrer uma dinâmica igual tanto na atitude adicta quanto nas doenças; como por exemplo, a depressão.

*(...) Não dava certo, chegava um momento que não dava mais. E isso era das duas partes.(...) Então daí eu casei com a E. Mas ela usava drogas, bebia e eu não gostava, daí não deu certo. Daí, depois eu conheci a S. Ela era uma mulher muito rica, os pais dela tinham muito dinheiro. Ela comprava muitas coisa pra mim, vivia me dando presentes. E ela comprava muita cocaína, e me dava, foi com ela que eu comecei a usar. (PI Oj.)*

*(...) Meu pai bebe muito, é um alcoólatra, ele está nas últimas, tem cirrose. (Companheira do PI Dg.)*

*(...) Eles brigam bastante. (Mãe do PI Dg.)*

*(...) dia 10 tem uma audiência na delegacia da mulher, em virtude de uma agressão que ele me fez. (Companheira do PI Dg.)*

Bepko e Krestan (1995), e Carter e Mcgoldrick (1995) sugerem que o uso de álcool e outras drogas são reguladores freqüentes nas questões de proximidade e separação do casal, bem como interfere na formação de fronteiras adequadas, tanto entre os parceiros, quanto em outras partes do sistema. Conseqüentemente, o cenário de soluções dos problemas como diferenças, poder e intimidade são ineficazes.

Os dados levantados neste estudo confirmaram o que dizem os autores acima, pois verificou-se que os relacionamentos dos parceiros afetados pela drogadição apresentam intenso conflito simétrico, competitividade, desequilíbrio na complementariedade dos papéis bem como um co-dependência, resultando assim, em atitudes paradoxais, ora de união, ora de separação, com prejuízo da formação da identidade do casal.

### **6.5 Modelo Adicto Pelo Subsistema Agregados (Cunhados)**

Esta subcategoria está associada aos componentes que são agregados ao sistema através do casamento, concubinato ou outros tipos de união e que passaram a fazer parte do sistema familiar.

Nos relatos explorou-se a história destes, embora de forma sucinta, do qual, verificaram-se variadas situações de contextos familiares drogadictivos, de agressividade, separações, reconstituições familiares e conflitos relacionais.

*(...) Na verdade, o meu cunhado já fez uso de maconha e bebe bastante. Como eu tenho mais sensibilidade eu percebo melhor. (PI Oj.)*

*(...) ele (cunhado) usa maconha e álcool. (PI Rl.)*

*(...) Eu sei que o marido e o filho da minha irmã eram dependentes.*

**(Esposa do PI Oj.)**

Como resultado dessa categoria, confirma-se que o fenômeno da adição e das doenças psicossomáticas podem se repetir em várias gerações, pois estes são apreendidos e influenciam fortemente as pessoas envolvidas pela convivência. Foi observada uma cronificação das atitudes adictas, podendo estas estar relacionadas à manutenção da identidade familiar em torno das drogas. A exemplo disso, um dos rituais dessas famílias eram os eventos festivos onde a bebida era o elemento central dos encontros. Geralmente, é dessa forma que cada geração cresce no contexto familiar, social e cultural, onde a bebida e outras drogas são parte natural de suas vidas. Como verificou-se, os filhos podem permanecer paralisados nessa ambiente, repetindo o padrão adicto e, sem muito pensar, se unem e/ou separam de pessoas com comportamentos igualmente adictos. Parafraçando Figlie e Payá (2004) a mitologia familiar é provavelmente muito infestada de cenas relacionadas ao álcool e outras drogas.

## 7. METAFÓRAS

No final desta análise e discussão dos resultados deparou-se com vários relatos dos familiares, riquíssimos em conteúdos que confirmam os objetivos deste estudo. Arriscou-se portanto, em selecionar várias falas dos participantes não utilizadas nas descrições acima, como uma maneira de reafirmar os aspectos estruturais e dinâmicos das famílias adictas. Tais falas, não só desenharam uma família desorganizada mas, registraram muito sofrimento e estagnação na forma como agir para melhorar a sua qualidade relacional.

A expressão destas falas organizadas nesta fase do estudo, se dá pelo fato de que, nos anexos optou-se por colocar somente uma entrevista completa como exemplo, considerando-se que estão contidas no cenário deste trabalho, bem como, a inclusão de todos genogramas e configurações familiares anexados.

Criou-se então uma outra categoria chamada aqui de metáforas, e entendendo esta, como uma linguagem utilizada no cotidiano, a qual permite a representação dos dados concretos da realidade.

*"Ele é pipoqueiro, ele sim fazia uso de tudo"....*

*"Bom, o combustível da S. é a cerveja, ela bebe todo dia"*

*"quando eu recomecei a usar drogas eu achei que tivesse me encontrado com a droga certa.(...)"*

Reiteramos, tendo por base os relatos, que nas famílias em que se geram adictos sempre está presente o modelo adictivo. Parafraseando Kalina (1999), numa vida onde os valores humanos e afetivos são deixados de lado, as substâncias que estimulam, substituem a estima, alimento essencial da vida.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A base desta pesquisa concentrou-se no tema família e dependência química. Especificamente, investigou-se a estrutura e dinâmica das famílias com um ou mais membros, que estabeleciam uma relação de dependência com substâncias psicoativas.

Quando propôs-se estudar as questões estruturais e dinâmicas das famílias adictivas, deparou-se com a classificação em relação ao uso, abuso e dependência química. No entanto estes não foram a base para a exploração, análise e discussão do funcionamento destas famílias, primeiramente por não ser o objetivo deste, e segundo, por considerar que existe uma tênue fronteira em relação àquela. Para tanto, nomeou-se o termo “atitudes drogadictivas ou drogadictas” como uma forma de englobar todos os padrões de uso de drogas. A partir de então, foi necessário conhecer a história familiar ao longo de três gerações, contada pela última delas, para visualizar o padrão relacional das atitudes drogadictivas e os problemas associados às substâncias psicoativas.

Quanto ao início do uso das drogas, conforme este estudo, ele ocorreu a partir dos 11 anos de idade, experimentando drogas lícitas socialmente ou seja álcool, cigarros e inalantes, mas que para estes indivíduos na época, eram consideradas ilícitas, devido à proibição da vendas para menores de 18 anos. O processo evolutivo da droga por sua vez, aconteceu no contexto interno familiar e no meio externo.

Em relação ao funcionamento adictivo da família, conforme a análise dos dados deste estudo, confirma-se que as famílias aparecem como “co-autoras” tanto do surgimento do abuso da droga e da evolução, bem como na busca de recursos para tratamento dos membros. Parafraseando Osório (2002), a mesma família que pode ter contribuído para a drogadição de um de seus membros pode igualmente contribuir para recuperá-lo.

As famílias participantes desta pesquisa revelaram casos de adição entre membros na geração atual assim como nas gerações anteriores, desenhando assim, a intergeracionalidade da atitude adicta, ou seja, a repetição da dinâmica adicta ao longo da história familiar, reafirmando, portanto, que o aprendizado ao uso da droga costuma acontecer no seio da família, imitando o modelo adictivo. Constatou-se ainda, que os filhos usavam o mesmo tipo de substância dos pais, como por exemplo, álcool, ou escolhiam, outro tipo de droga daquela consumida por estes, mantendo desta forma a conduta adicta.

Durante a construção do genograma as famílias demonstravam atitudes de espanto, curiosidade e alívio ao entrar em contato com a sua história ao longo de três gerações uma vez que compreendiam as repetições intergeracionais no sistema familiar. Por um lado demonstravam alívio no sentimento de culpa frente à atitude drogadicção por perceberem a existência do padrão adicto nas gerações anteriores e por outro lado, preocupação em não desenvolver o mesmo padrão de comportamento na geração subsequente. Observava-se ainda, que durante a construção do genograma os membros das famílias se escutavam e complementavam as informações fornecidas. As dificuldades apresentadas referiam-se ao desconhecimento dos dados das famílias de origem, especificamente as que viviam distantes e numerosas.

As falas evidenciaram que a droga pode trazer, na fase da adolescência conseqüências; sociais, escolares e de conduta tais como: agressividade, falta de motivação para estudo, falta de respeito às regras e valores, afastamento do convívio familiar e social, conduta anti-social, por exemplo roubar, como uma forma de obter a droga. Embora não se possa deixar de considerar que tais condutas também são características presentes no desenvolvimento normal da adolescência, verificou-se que no ambiente familiar, independentemente do estágio do ciclo vital em que se encontravam, havia um elevado índice de alcoolizações e intoxicação por outras drogas, além das constantes brigas, agressões entre os membros e existência de distúrbios mentais. Vários estudos citados ao longo deste trabalho confirmam que os indivíduos que crescem neste ambiente vivenciam intensas contradições como a falta de aproximação X excesso de apego; rigidez disciplinar X permissividade, dificultando assim, definições claras das regras do sistema familiar.

As categorias elencadas neste estudo mostram resultados que, agrupam características semelhantes e concomitantes aos aspectos diferenciais, da estrutura e dinâmicas das famílias:

- O ciclo vital individual está interconectado com o ciclo vital familiar, ou seja, a fase de transição da infância para a adolescência coincide com a fase adolescente da família, que perpassa por aspectos adaptativos e de preocupação ocasionados pelas transições, mudanças de emprego, de local de moradia, dentre outros, provocando uma permissividade ou rigidez nas regras familiares, abrindo um espaço de vulnerabilidade para a entrada da droga.

- Evidenciam-se atitudes drogadictivas multigeracionais retratadas através de elevada incidência do uso de drogas.
- Há predominância do sentimento de negação, vergonha, presença da mentira e da cumplicidade entre alguns membros, instaurando-se assim um clima de segredo. A regra é não falar sobre a droga e negar o problema na família, como uma forma de proteger o membro adicto e a própria família.
- Configura-se uma desorganização familiar no que diz respeito aos papéis e funções de cada membro, evidenciando por parte de um elemento, o superfuncionamento, como por exemplo, o papel da esposa ao assumir sozinha as tarefas domésticas e de provedora, em virtude da falta de responsabilidade por parte do esposo, bem como, o da irmã em cuidar dos irmãos, ou do membro adicto, em função do uso de droga pela mãe.
- Presença de distúrbios mentais e comportamentais em alguns membros, ocasionando afastamento entre os sistemas nucleares e ampliados.
- Os resultados comprovam a existência de uma baixa auto-estima tanto da família como do membro adicto.
- A comunicação das famílias é rudimentar, truncada e diante desse padrão comunicacional, fortalecem-se alianças negativas entre alguns subsistemas.
- A droga, em alguns casos, serve como maneira do membro adicto de diferenciar-se de sua família de origem, mas isso ocorre de um modo frágil devido ao empobrecimento das regras e dos limites que deveriam ordenar um funcionamento, que no entanto está distorcido.
- A figura paterna é periférica ou totalmente ausente enquanto a figura materna está em estreita relação com o membro adicto.
- Através do genograma evidencia-se na história das famílias que a incidência de uso, abuso e dependência química é maior na família da figura materna.
- Os subsistemas mais impactados diante da drogadição da família são compostos pelas figuras femininas, mãe, esposa e irmãs, apresentando conseqüentemente as seguintes características: super proteção, super funcionamento e co-dependência. Evidencia-se no subsistema fraternal que as irmãs, em razão da impossibilidade da figura materna de exercer cuidados, se apresentam como cuidadoras e ao mesmo tempo denunciadoras da problemática.
- Outros elementos encontrados referem-se ao fato destas famílias coabitarem, mesmo depois de casados, na mesma residência dos pais, ou no mesmo terreno, ou na

mesma quadra, mostrando assim uma aglutinação, sendo que tal fato confirma a dificuldade de diferenciação.

- Existência de um conflito constante no casal parental e nas uniões das gerações dos filhos, especialmente quando um dos membros é adicto, havendo dificuldade em manter as estruturas familiares funcionando, desencadeando várias separações, divórcios e inúmeras reconstituições familiares.
- Os mitos familiares são enfatizados, pois alguns acreditam que a questão da droga é um fato do destino, “é uma coisa feita” e há desesperança na solução do problema. Há uma paralisação da família, acreditando que a religião é uma fonte de salvação.
- Outra questão nomeada nas falas e observada no genograma é a de que, indivíduos da mesma família buscam a droga para solucionar conflitos enquanto outros, submetidos às mesmas condições não o fazem. No que se refere à figura feminina há um percentual de não uso, mas acabam casando com indivíduo usuário de substâncias psicoativas.

Diante desses resultados, percebe-se a importância de investimento em programas de orientação e tratamento do membro adicto e seus familiares em diferentes abordagens e em diferentes estágios da adição. A dependência química deve ser direcionada tanto quanto aos aspectos psicossociais e culturais devido à complexidade do funcionamento destas famílias.

No momento atual há uma intensa preocupação do contexto social, acadêmico e familiar quanto ao elevado número de crianças, adolescentes e jovens adultos que apresentam atitudes adictas. Contudo, devemos considerar que a disponibilidade da droga aumentou muito, tornando-os mais vulneráveis ao consumo. Há um aspecto agravante que deve ser registrado, no entanto: a família e o indivíduo não devem se isolar da sociedade em que estão inseridos devido a essa demanda, já que a não funcionalidade social pode influenciar a não funcionalidade da família. Diante disso, podemos cogitar a real necessidade de uma parceria entre as duas partes, sociedade e família, para sistematizar uma política eficaz, tanto quanto no que refere à prevenção e ao tratamento dos drogadictos.

Além dos aspectos referidos, este trabalho vem também enriquecer o espaço científico no que se refere à utilização do genograma, não só como uma técnica clínica de diagnóstico e intervenção, mas como um instrumento de pesquisa eficaz que representa a família numa dimensão histórica através da sua reativação por três gerações. Os participantes da pesquisa além de mapear sua família nuclear, fazem o

mesmo com suas famílias de origem, abrangendo todas as relações intra e extra familiares, assim como as relações entre as gerações presente e passadas. A visão mais completa dessa rede possibilitou atender os objetivos dessa pesquisa e de outras que possam vir a acontecer.

Embora este trabalho não tenha tido como objetivo avaliar os serviços prestados no CAPSad, e por se tratar de um recurso alternativo que se encontra em processo de construção, cabe a sugestão de inserir sistematicamente os familiares em todos os estágios de tratamento do adicto, possibilitando assim, uma integração deste sistema com o especializado, no sentido em que a família passe a ser cada vez mais instrumentalizada, e dessa maneira construir um novo olhar sobre a função da droga no sistema familiar. Neste aspecto, os autores Minuchin e Fishman (1990) vêm auxiliar no entendimento de que uma relação é experienciada diferente, quando podemos colocá-la em uma outra moldura que satisfaça os fatos da mesma situação concreta também, e assim mude todo o seu significado.

Os resultados deste estudo e a prática clínica confirmam a impossibilidade de tratar somente o indivíduo adicto, sem incluir o sistema familiar no tratamento, de forma que, todos os membros da família são, na realidade, vítimas de um jogo infundo, onde o sintoma da droga só irá perpetuar os efeitos. Não se trata no entanto de culpar os pais, pois isto significaria isolar-se numa causalidade linear (Sternschuss, 1996).

Diante da conclusão deste estudo dá-se ao direito de perguntar o que é o científico? Baseado no vivido com estas famílias, responde-se que, o científico não é somente o estudar, o coletar, analisar, conhecer correlacionar e discutir os dados obtidos referentes ao tema pesquisado, colaborando com o conhecimento para o meio acadêmico, subsidiando novas ações, dentre outros, mas também, poder ampliar e dirigir o olhar com mais compaixão, respeito, harmonia, amor, para com os indivíduos pesquisados, auxiliando-os num processo de mudança, transformando assim, o fio do sofrimento, da ansiedade, da angústia e da paralisação, existente no cotidiano destes, para a reconstrução relacional baseada nas emoções positivas e com isso, possibilitar a transformação das faces destas famílias. Por fim, acredito que a ciência está a serviço da humanidade, aliada com o afeto.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andolfi, M. (1996). *A Terapia Familiar: um enfoque interacional*. Campinas: Workshopsy.
- Ariès, F. (1981). *História Social da Criança e da Família*. (2ª ed.) LTC.
- Asen, K. E.; Tomson, P. (1997). *Intervención Familiar: Guía práctica para los Profesionales de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Bepko, C., Krestan, J.A. (1994). Mentiras, Segredos e Silêncios: Os Múltiplos Níveis da Negação em Famílias Adictivas. In Imber-Black (col). *Os Segredos na Família e na Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bepko, C., Krestan, J.A. (1995). Problema de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In: *As Mudanças do Ciclo da Vida Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bertalanffy, L.V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas*. (3ªed). Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Bowen, M. (1961). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson Ed.
- Brasil, V. R. (2004). A recuperação da pessoa do dependente químico: o impacto no seu processo de mudança na família. In: *Família e Comunidade*. São Paulo. Vol. 1, nº1, Maio/2004.
- Brasiliano, S. (1992). A importância da abordagem familiar na dependência. *Boletim da Associação Brasileira de Estudos do Alcool e Outras Drogas - ABEAD*, 13: 7-8, Jun. 1992.
- Bursztein, P. A., Stempliuk, V. A. (1999). A Cocaína e a família. In: C. M. Leite; A. G. Guerra e Col. *Cocaína e Crack: Dos Fundamentos ao Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Capra, F. (1996). *A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. (13ªed). São Paulo: Cultrix.
- Carlini, E. A.; Carlini, C. M. A.; Fonseca, A. M., Galduróz, J. C. F.; Moura, Y. G., Nappo, S. A.; & Noto, A. R. (2003). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID.

- Carter, B.; Mcgoedrick, M. et al. (1995). *As Mudanças do Ciclo da Vida Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cervený, C. M. de O. (1997). *Família e Ciclo Vital: Nossa realidade em Pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (1993). Organização Mundial de Saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, I.I. (2002). *Atendimento a famílias com disfunção psicótica*. Workshop organizado pela Associação Paranaense de Terapia familiar (APRTF). Brasília, Mar.
- Engels, F. (2000). *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 15<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Figlie, N. B., Bordin, S.; Laranjeira R. (2004) *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.
- Figlie, N. B., Moraes, E. (2004). Abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. In: Figlie, N. B.; Bordin, S.; Laranjeira R. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.
- Figlie N. B., Payá, R. (2004). *Abordagem Familiar em Dependência Química*. In: Bordin, S.; Figlie, N. B.; Laranjeira, R. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.
- Figlie, N.B., Payá, R. (2004). Filhos de Dependentes Químicos. In: Figlie, N. B.; Bordin, S.; Laranjeira R. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.
- Figlie, N.B., Ribeiro, M., Laranjeira, R. (2004). Organização de serviços de Tratamento para a Dependência Química. In: Bordin, S.; Figlie, N. B.; Laranjeira, R. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.
- Fonseca Filho, J.S. (1975). *Abordagem psicoterápica de famílias – sociodrama familiar*. IV Encontro Psiquiátrico do Hospital das Clínicas. São Paulo.
- Freitas, L. (2002). *Adolescência, Família e Drogas. A função Paterna e a Questão de limites*. Rio de Janeiro: Mauad.
- Galanter, M. (1993). *Network therapy for addiction: a model for office practice*. American Journal of Psychiatry, 15: 28–35.
- Gerson, R., McGoldrick, M. S. W. (1995). Genetogramas e o Ciclo de vida Familiar. In: *As Mudanças do Ciclo da Vida Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Grassano, S.M. (2001). *Da terapia familiar à terapia de rede*. Revista do Conselho Regional de Psicologia/CRP 08. Ano 20, nº99.
- Grassano, S.M.; Holzmann, M.E. (2002). *Multifamílias: Construção de Redes de Afeto*. Curitiba: Integrada.
- Haley, J. (1979). *Psicoterapia Familiar*. Minas Gerais: Interlivros.
- Holanda, A.B. (1986). *No Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jackson, D. D., & Watzlawick, P. H. (1981). *Pragmática de Comunicação Humana*. São Paulo: Cultrix.
- Jacob, T.; Ritchey, D.; Cvitkovic, J. F. & Blane, H. T. (1981). *Communications Styles of Alcoholic and Nonalcoholic Families When Drinking and Not Drinking*. Journal of Studies on Alcohol, 42: 466-482.
- Kalina, E. (1999). *Drogadição Hoje: Indivíduo, Família e Sociedade*. São Paulo: Artes Médicas Sul.
- Kaufmann, E. F. (1989). *Family therapy in substance abuse treatment (psychoactive substance use disorders – not alcoholic)*. In: Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force, American Psychiatric Association, Washington: p. 1397-1416.
- Koestler, A. (1981). *Jano*. São Paulo: Melhoramentos.
- Laranjeira, R.; Surjan, J.; (2001). Conceitos básicos e diagnóstico. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*. vol. 2, supl. 1. São Paulo, jun 2001.
- Lévis-Strauss, C. (1982). *As estruturas elementares do parentesco*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Maluf, D. P. et al. (2002). *Drogas: prevenção e tratamento: o que você queria saber e não tinha a quem perguntar*. São Paulo: Editora CL-A Cultural.
- Marques, A.C.P.R., Ribeiro, M. (2003). Usuário: abordagem geral. In: Laranjeira, R. et al. *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnósticos e tratamento*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Brasileira.
- Miermont, J. (1994). *Dicionário de Terapias Familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M.C.S. (2001). *Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade*. (org) (19º ed). Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2002). *Legislação em saúde mental 1990-2002*. (3 ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

- Minuchin, S. (1982). *Família, Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, P.; Colantino, J. & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com Famílias Pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Minuchin, S.; Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Moré, C. L. O.; Crepaldi, M. A. (2004). *O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados*. In: Conferência Internacional do Brasil de pesquisa Qualitativa / NPF – Núcleo de Pesquisa da Família: Taubaté.
- Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao Pensamento complexo*. Instituto Piaget, Lisboa, Portugal.
- \_\_\_\_\_ (1996). *Epistemologia da Complexidade*. In: Schnitman, D. (org.) *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*. Porto alegre: Artes médicas.
- Nicastri, S. (1999). *As drogas e seus efeitos*. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas*. Brasília, SENAD.
- Nicastri, S., Meyer, M. et al. (2004). *Cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas*. Vol. I. São Paulo: Editora Atheneu.
- Nichols, P.M.; e Schwartz, R.C. (1998). *Terapia Familiar Conceitos e Métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- O'Farrell, J.T.; Sterwart, F.W. (1997). *Modelos e Métodos de Tratamento: Modelos Familiares - Apostila*.
- Osório. L. C. (2002). *Casais e família: uma visão contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L. C.; Do Valle, M. E. (2002). *Terapia de Famílias: Novas Tendências*. São Paulo: Artmed.
- Poster, M. (1979). *Teoria Crítica da Família*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rezende, M.M. (1997). *Curto-Circuito Familiar e Drogas: Análise de Relações Familiares e suas Implicações na Farmacodependência*. (2ª ed.). Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de janeiro: Jorge Zahar.
- Rutter, M. (1993). *Resilience: some conceptual considerations*. J Adolesc Health, 14(8): 626-33, 690-6.

- Satir, V. (1980). *Terapia do grupo familiar*. Rio de Janeiro. Livro Francisco Alves Editora.
- Sciavoletto, S., Andrade. E. R. A Cocaína e o Adolescente. (1999). C. M. Leite; A. G. Guerra e Col. *Cocaína e Crack: Dos Fundamentos ao Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Seibel, S. D.; Toscano, A. J. (2004). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu, 2004.
- Seidl, E. M. F (org). (1999). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília: CEAD/ UNB; SENAD/SGL.
- SENAD (2002). *Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas*. SENAD.
- SENAD (2004). *Seminário Internacional de Políticas Públicas Sobre Drogas*. Brasília. SENAD.
- Sielski, F. (1999). *Filhos que usam drogas – Um guia para os pais*. Curitiba: Editora Adrenalina.
- Silva, E.A. (2001). *Abordagens familiares*. *Jornal Brasileiro de Dependência Química, ABAD*, São Paulo, 2 (1): 21-24, Jun.
- Stanton, M. D. & Todd, T.C. (1985). *Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas*. Barcelona, Gedisa Editorial.
- Steinglass, P. (1997). *La família alcohólica*. (3ª ed.) Trad. Floreal Mazia. Barcelona: Gedisa.
- Sternschuss, A. (1996). A Ausência do Pai. In J. Bergert. J. Leblanc. *Toxicomanias, Uma Visão Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Strauss, A. L.; Corbin, J. (1990). *Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria*. *Qualitative Sociology*. London, 13, 3-21.
- Sudbrack, M. F. O. (2004). *Terapia familiar sistêmica*. In Seibel, D. S.; Toscano JR, A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Ateneu.
- Takahashi, R. M. (1996). *Anais da III Conferência da Sociedade Brasileira de Progresso da Ciência*. São Paulo.
- Toscano, A. J. (2004). Um Breve Histórico Sobre Uso de Drogas. In: Seibel, S. D.; Toscano, A. J. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Ateneu.
- Vaillant, G. (1983). *A história natural do alcoolismo revisitada*. Trad. Bartira S.C da Cunha e José Alaor L. dos Santos. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Vasconcellos, M.J.E. (2003). *Pensamento Sistémico – O novo paradigma da ciência*. 3ªed. Campinas: Papirus.
- Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Pultnix.

### 9.1. Referências Consultadas

- Andolfi, M. (1989). *Tempo e mitos em psicoterapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cervený, C. M. de O. (2002). *Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cervený, C. M. de O. (2000). *A Família como Modelo: Desconstruindo a patologia*. Campinas: Livro Pleno.
- Dessen, M.A.C.; & Borges, L.M. (1998). Estratégias de Observação do Comportamento em Psicologia do Desenvolvimento. In: *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Ribeirão Preto. Pp 31-50.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2000 julho/dezembro). A Visão de Família Entre Adolescentes que Sofreram Violência intrafamiliar. In: *Estud. psicol. (Natal)*, vol.5, no.2, p.347-381. ISSN 1413-294X.
- Garmatter, A. M. A. A. (2002). *Perfil dos Pacientes Alcoolistas do Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Espírita Bom Retiro*. Monografia para obtenção do título de especialista em Dependências Químicas. Pontifícia Universidade Católica.
- Hübner, M.M. (1998). *Guia para Elaboração de Monografias e Projetos de Dissertação de Mestrado e Doutorado*. São Paulo: Ed. Mackenzie.
- Kalina, E. (1991). *Drogas – Terapia Familiar e Outros Temas*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, p. 11-52.
- Köeche, J.C. (1999). *Fundamentos de Metodologia Científica*. Petrópolis: Vozes.
- Madanes, C; Dukes, J. y Harbin, H. (1980). Family ties of heroin addicts. In: *Archives of general Psychiatry*, 37.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (2000). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: ARTMED.

- Minayo, M. C. S.; Schenker, M. (Setembro/2005) A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. In: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a22v08n1.pdf>
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo, Saúde Mental: Nova Concepção*. Nova Esperança: Gráfica Brasil.
- Rauen, F.J. (1999). *Elementos de Iniciação à Pesquisa*. Rio Sul: Nova Era.
- Rêgo, M. M. C., (1998). *Novas constituições familiares*. Publicações Científicas do 11° CBP – Campos do Jordão.
- SENAD (2002). *Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas Sobre Drogas*. SENAD.
- Wyne, L.C.; Ryckoff, L.M.; Day, J. & Hirsch, S.L. (1980). Pseudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos. In: *Interacción Familiar*. Argentina: Ediciones Buenos Aires.
- Zampieri, M. A. J. (1998). *Atualizando a cena: novas narrativas em tempos de prevenção precoce*. In: Publicações Científicas do 11° CBP – Campos do Jordão – 1998.

## 10. LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – GENOGRAMA DA FAMÍLIA K.....	52
FIGURA 2 – CONFIGURAÇÃO DA FAMÍLIA K.....	53

## **11. LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
TABELA 2 – DADOS GERAIS DO GENOGRAMA QUE EVIDENCIA AS CONFIGURAÇÕES DAS FAMÍLIAS ENTREVISTADAS.....	45

## 12. LISTA DE SIGLAS

- **AA** – Alcoólicos Anônimos
- **BP** – Bipolaridade
- **CA** – Câncer
- **CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- **CAPS ad** – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
- **CEBRID** – Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas
- **CID-10** – Classificação Internacional de Doenças
- **CI** – Cirrose
- **DE** – Derrame
- **DP** – Depressão
- **NA** – Narcóticos Anônimos
- **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- **PI** - Paciente Identificado
- **PSI** – Psicótico
- **SENAD** – Secretária Nacional Antidrogas
- **SUS** – Sistema Único de Saúde
- **SP** - Síndrome do Pânico

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**(Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada)**

## **Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para Subsidiar a Elaboração do Genograma Intergeracional:**

Essa entrevista dura aproximadamente 1 hora e pode ser interrompida, se necessário, por ambas as partes. (Solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

As perguntas a seguir referem-se à vida de vocês, sobre alguns aspectos das relações e do funcionamento da família. As entrevistas serão registradas por mim e pela estagiária (que registrará tanto o conteúdo verbal como não verbal). Vocês têm alguma pergunta? Quem quer começar?

Família: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_.

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome dos filhos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agora nós vamos fazer a árvore da família de vocês e das famílias de origem, nesta serão registradas informações sobre todos os membros da família ao longo de três gerações. Para tanto, eu gostaria que vocês falassem quem são as pessoas que fazem parte da família, as idades, ocupações, eventos marcantes como: nascimento, casamento, morte, doenças, conflitos, separações, perdas ou mudanças de empregos, mudança de residência, uso de substâncias psicoativas como álcool, maconha, cocaína, crack, dentre outras.

Essas perguntas deverão ser respondidas com base na compreensão de cada um sobre a família, quem gostaria de começar?

(Caso não fique explícito, retomar os tópicos citados para explicá-los):

1. Quando você iniciou o uso de substâncias psicoativas? (verificar qual o momento do ciclo vital e qual a situação estressora do problema na família)
2. Quando a família detectou o uso de substâncias psicoativas?
3. Quando foi que a família decidiu procurar tratamento?
4. Como vocês vêem a pessoa em tratamento e como esta vê a família?

5. Quem é, no entender de vocês a pessoa mais afetada com o problema da dependência? E quem menos?
6. Que mudanças vocês percebem na organização da família após saberem do problema da dependência?
7. Como a família costuma resolver os problemas relacionados a drogadição?
8. Quais as atitudes familiares que vocês imaginam que podem reforçar o comportamento de adicção?
9. Quais as principais conseqüências, de um modo geral que esta experiência trouxe para a família?
10. Como a família age quando o indivíduo está intoxicado e quando tem recaídas?
11. Na família de origem existem hábitos repetitivos, como, por exemplo, fumar, jogar, comer, beber e uso de drogas?

**ANEXO 2**  
**(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido )**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Anaides Pimentel da Silva Orth, aluna do programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina convido-os (nome da família), assim como (o nome do paciente identificado) a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de mestrado sob a orientação da Prof. Dra. Carmen L. O. O. Moré.

Esta pesquisa que se intitula “A Dependência Química e o Funcionamento familiar á Luz do Pensamento Sistêmico”, tem por objetivo investigar a estrutura e dinâmica das famílias com um ou mais membros, que estabelecem uma relação de dependência com substâncias psicoativas.

Este estudo é necessário para compreender a complexidade desse fenômeno e para nortear a prevenção e o tratamento nessa área. Para tanto, a coleta de dados será realizada através da observação institucional, da entrevista e da confecção do genograma. Isto não traz riscos e desconfortos, mas esperamos que traga benefícios.

As entrevistas serão registradas, sendo que nomes ou quaisquer dados que possam lhes identificar não serão usados. A sua participação é absolutamente voluntária. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 0xx41 2623783.

Assinaturas:

\_\_\_\_\_  
Anaides Pimentel da Silva Orth  
Pesquisadora principal – mestranda

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Carmen L. O. O. More.  
Pesquisadora responsável – Orientador

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa A Dependência Química e o Funcionamento familiar: A Luz da Teoria Sistêmica e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**ANEXO 3**  
**(Entrevista na Integra da Família K)**

## **ENTREVISTA CAPS-AD**

**28/03/2005**

**Família:** Krul

**Presentes na entrevista:** Paciente Identificado e Esposa

**Esposa:** D.

**Paciente do Caps:** Rl.

**Data de Nascimento:** 10/08/1977

**Cidade:** Curitiba

**Data de Entrada no CAPS:** 07/03/2005

**Regime de Internamento:** Semi-Intensivo

**Início do uso:** Uso de álcool desde os 15/16 anos, preferência por bebidas fermentadas. Fumante. Já fez uso de maconha, cola, inalante, lança-perfume e cocaína. Tem problemas com a justiça do trânsito, porque estava dirigindo embriagado em um acidente de carro.

**Pesq:** Obrigada por terem aceitado participar deste estudo e por terem convidado os outros membros da família. Como falei anteriormente, este é um estudo sobre o funcionamento de famílias com um ou mais dependentes químicos. O nome de vocês não aparecerá, somente as iniciais. Vamos iniciar fazendo a árvore da família de vocês e das famílias de origem, na qual serão registradas informações sobre todos os membros da família ao longo de três gerações. Para tanto, eu gostaria que vocês falassem quem são, as pessoas que fazem parte da família, as idades, ocupações, eventos marcantes como: nascimento, casamento, morte, doenças, conflitos, separações, perdas ou mudanças de empregos, mudança de residência, uso de substância psicoativa (álcool, maconha, cola, cocaína, crack e outras) e outras coisas que acharem importantes. Vocês devem responder as perguntas com base na compreensão de vocês sobre a família. Podemos começar?

**Rl:** Tudo bem.

**Pesq:** Qual o nome do seu pai?

**Rl:** L.P.

**Pesq:** Ele tem que idade?

**R.L:** 58

**Pesq:** E você tem quantos anos?

**R.L:** Eu tenho 27

**Pesq:** E você tem irmãos?

**R.L:** Tenho dois irmãos por parte de mãe e pai e dois por parte de pai.

**Pesq:** E você é o mais velho?

**R.L:** Não, sou o mais novo.

**Pesq:** Quem é o mais velho?

**R.L:** É o L.R.

**Pesq:** Tem quantos anos?

**R.L:** Ele fez 34 em Fevereiro

**Pesq:** Casado?

**R.L:** É casado.

**Pesq:** Tem filhos?

**R.L:** Tem um filho homem

**Pesq:** Tem quantos anos?

**D:** Tem meses ainda, acho que vai fazer 5 meses

**Pesq:** E como é o nome dele?

**D:** L.F.

**Pesq:** E o nome da esposa?

**R.L:** P.

**Pesq:** Ela tem quantos anos?

**D:** Ela é um ano mais velha que eu, então ela deve ter uns 27

**Pesq:** E ele faz o que?

**R.L:** Ele é fisioterapeuta

**Pesq:** E ela?

**R.L:** Ela é médica geriatra

**Pesq:** E eles estão casados há quanto tempo?

**D:** Eles estão casados desde agosto do ano passado

**Pesq:** E algum deles faz uso de alguma substância?

**R.L:** Meu irmão usa álcool, dependente eu não sei se ele é, mas ele toma uma cervejinha todos os dias.

**Pesq:** E depois do seu irmão vem quem?

**R.L:** Depois minha irmã

**Pesq:** Ela tem quantos anos?

**D:** Ela tem uns 34/35 anos

**R.L:** Não, porque o meu irmão tem essa idade e ela é mais nova.

**D:** ah! Então ela deve ter uns 30

**Pesq:** E o que ela faz?

**R.L:** Ela é zootecnista. E está cursando veterinária

**Pesq:** E ela é casada?

**R.L:** Não

**Pesq:** E ela bebe também?

**D:** Faz assim, mas toma só final de semana.

**R.L:** E depois dela sou eu

**Pesq:** Você tem que idade?

**R.L:** Tenho 27

**Pesq:** E você faz uso de que substâncias?

**R.L:** Eu fazia uso só de álcool. Já fumei maconha, cheirei cocaína, cola. Mas freqüentemente eu estava usando só álcool. O álcool foi a única contínua, eu comecei com ele, com 15 anos.

**Pesq:** E as outras drogas você começou quando?

**R.L:** Na mesma época

**Pesq:** E vocês são casados há quanto tempo?

**D:** Na verdade nós não somos casados, nós moramos juntos, faz 7 anos.

**Pesq:** E você tem quantos anos?

**D:** Eu tenho 26

**Pesq:** E você faz o quê?

**D:** Sou professora, na verdade eu sou bióloga, dou aula de biologia

**Pesq:** Vocês tem filhos?

**D:** Não, não temos filhos

**Pesq:** E você R.L, faz o quê?

**R.L:** Eu sou mecânico automotivo, mas na verdade sou autônomo e no momento estou desempregado.

**Pesq:** E o nome da sua mãe qual é? (foi informado pela equipe do Caps que a mãe também faz tratamento no Caps)

**R.L:** É N.

**Pesq:** E ela tem quantos anos?

**D:** nem adianta olhar pra mim R, você sabe muito bem que eu não sei nem a idade do meu pai e da minha mãe direito como é que vou saber dos seus.

**R.L:** acho que ela tem uns 55.

**Pesq:** ela faz tratamento no Caps também?

**R.L:** Faz, ela era dependente de álcool, agora no Caps ela está em abstinência há 2 anos.

**Pesq:** e o que ela faz?

**R.L:** Ela é formada em artes plásticas

**Pesq:** E o seu pai?

**R.L:** Meu pai é músico, ele é professor da Belas Artes. Eles são separados.

**Pesq:** E ele bebe?

**R.L:** Ele tem o costume de tomar aperitivo antes do almoço, mas a única vez que vi meu pai bêbado foi uma vez.

**Pesq:** Eles são separados há quanto tempo?

**R.L:** Ah, faz tempo, eu devia ter uns sete anos, ele constituiu outra família

**Pesq:** como é o nome da esposa dele?

**R.L:** De.

**Pesq:** Ela tem quantos anos?

**D:** 42

**Pesq:** Eles têm filhos?

**D:** tem 2 filhos

**Pesq:** Qual o nome deles?

**D:** o mais velho é o M. , ele tem 18 anos

**R.L:** E ele bebe socialmente.

**D:** E a mais nova chama G., tem 17 anos

**R.L:** E ela não usa nada

**Pesq:** E sobre a família da tua mãe, você sabe quantos irmãos ela tem?

**R.L:** A minha mãe tem duas irmãs e um irmão.

**Pesq:** E os pais dela estão vivos?

**R.L:** Não, meus avós por parte de mãe já são mortos.

**Pesq:** E como era o nome deles?

**D:** Meu avô chamava A. e minha avó M.

**Pesq:** E eles faziam uso de alguma substância?

**R.L:** Minha avó não, mas meu avô era alcoólatra.

**Pesq:** E o que ele fazia?

**R.L:** ele era militar da aeronáutica.

**Pesq:** E ela?

**R.L:** Ela era do lar.

**Pesq:** E você sabe do que eles morreram?

**R.L:** Ele morreu de cirrose hepática.

**D:** E ela na verdade a gente não sabe, ela já estava com certa idade.

**Pesq:** bom, mas então a sua mãe tem quantos irmãos?

**D:** Ela tem duas irmãs e um irmão

**Pesq:** Quem é o mais velho?

**R.L:** O mais velho é o I., ele deve ter uns 60 anos.

**Pesq:** Ele é casado?

**R.L:** É divorciado.

**Pesq:** tem filhos?

**R.L:** Tem 2 filhos, uma mulher e um homem

**Pesq:** E algum deles faz uso de alguma substância?

**R.L:** Que eu saiba não, faz 15 anos que não os vejo

**D:** Parece que o menino, o J. faz uso.

**Pesq:** E a menina como chama?

**D:** J.

**R.L:** Meu tio fez uso por um tempo, mas se recuperou

**Pesq:** E depois do seu tio?

**D:** depois vem a L.

**Pesq:** Ela é casada?

**D:** É casada, tem um filho e uma filha.

**Pesq:** E algum deles faz uso?

**D:** Não, ninguém usa

**Pesq:** Depois tem sua mãe e depois?

**R.L:** Daí vem a M.

**D:** ela deve estar com uns 52 anos

**Pesq:** Ela é casada?

**R.L:** Não, é divorciada

**Pesq:** Tem filhos?

**D:** Tem quatro filhos. Três meninas e um menino

**Pesq:** E a sua tia faz uso?

**R.L:** Não, nem o ex-marido

**Pesq:** E a quanto tempo eles estão separados?

**D:** na verdade é meio confuso, eles ainda são casados no papel. Eles não estão separados no papel.

**Pesq:** E algum deles faz uso?

**D:** Acho que o menino

**R.L:** ele usa maconha e álcool

**Pesq:** E como é o nome dele?

**R.L:** É L.

**Pesq:** E como é o nome dos outros filhos?

**D:** Tem a Y., a M, o L, e a R.

**Pesq:** E a sua mãe começou a fazer uso quando?

**R.L:** Ela começou a fazer uso depois da separação.

**Pesq:** E ela pinta?

**R.L:** Ela pintava sempre, é uma grande artista

**D:** Ela sempre pintou, mas começou a fazer faculdade já estava mais velha.

**Pesq:** E o seu pai, ele tem irmãos?

**R.L:** O pai tem um irmão falecido, mais novo.

**Pesq:** Morreu do que?

**R.L:** Ele morreu de câncer no intestino

**Pesq:** Ele bebia?

**R.L:** ele tomava bastante cerveja. Ele morava nos EUA, eu morei com ele uma época. Ele tomava cerveja depois do trabalho.

**Pesq:** Era casado?

**R.L:** Era

**Pesq:** Tem filhos?

**R.L:** Tem três filhos

**Pesq:** Você sabe o nome deles?

**D:** é S., Sl. e J.

**Pesq:** Alguém faz uso de alguma substância?

**D:** O menino eu sei que usa

**R.L:** ele usa álcool, maconha, crack, o que aparecer na frente dele.

**Pesq:** Eles são casados?

**D:** As duas são casadas.

**Pesq:** E têm filhos?

**D:** A S. tem 4 filhos, duas filhas e dois filhos. E a Sl. tem um e está grávida de outro.

**Pesq:** E deles algum faz uso de alguma substância?

**D:** eu sei que os maridos delas não usam. Ah! E o J. também tem um filho.

**R.L:** Ele morava com uma moça e teve um filho, mas agora está separado

**Pesq:** E como chama?

**R.L:** N.

**Pesq:** E a tua avó por parte de pai?

**R.L:** Ela ainda está viva, tem 82 anos

**Pesq:** e o que ela fazia?

**R.L:** ela era costureira, mas cuidava da casa, era do lar

**Pesq:** e o seu avô?

**R.L:** O meu avô era aposentado da caixa

**D:** Ele era contador

**Pesq:** E ele está vivo ainda?

**R.L:** Ele faleceu de câncer

**D:** teve câncer de sangue, linfoma

**Pesq:** Ele fazia uso de algo?

**R.L:** Ele não usava nada

**Pesq:** E o nome dos filhos da S. e da SI, vocês sabem?

**D:** Eu sei do Is. e do Lu.

**Pesq:** E quando a família percebeu que você fazia uso R.L?

**R.L:** Ah, começou de dois anos pra cá

**D:** Mas ela está perguntando quando que eles perceberam que você fazia uso. Acho que foi desde o começo

**R.L:** Mas que eu comecei a fazer uso abusivo, de usar freqüentemente faz uns dois anos

**Pesq:** E quando foi que você iniciou o tratamento, como foi?

**R.L:** Foi quando a minha mãe falou que tinha uma reunião familiar no Caps e daí eu vim.

**D:** Ela ficou internada aqui no hospital e daí quis vir pro Caps.

**Pesq:** mas como aconteceu este internamento?

**D:** ah, ela se internou porque ela quis

**Pesq:** E como a sua família vê essa questão da dependência?

**R.L:** Pegam muito no meu pé, meu pai condena muito o alcoolismo. Ele não acha que é um problema, uma doença.

**D:** é, isso é verdade. Eu concordo que o pai dele não entende ele. O que deixa o R.L meio assim é que o irmão faz uso junto, e que a cobrança é só de um lado.

**R.L:** É, o meu irmão ia sempre no bar comigo, tava sempre bebendo comigo. Então eu acho mesmo que eles estão pegando muito no meu pé. Por exemplo, a minha irmã está desempregada também, mas meu pai liga todo dia pra mim , vem cobrar de mim, não vai cobrar dela.

**D:** isso tem mesmo, eu vejo assim que ele é a ovelha negra da família

**Pesq:** e de que maneira vocês acham que a droga impactou a família?

**D:** Mas impactou em que sentido?

**Pesq:** que mudanças trouxeram?

**D:** Acho que nenhuma

**Pesq:** E quem você sente que é a pessoa mais envolvida com o tratamento?

**R.L:** É a mãe.

**D:** É, ela este enchendo ele para vir para cá faz um bom tempo, mas ele ainda não tinha admitido que tinha o problema

**Pesq:** E quem é que menos se envolve?

**D:** Eu que vou saber, a família é tua, já falei que não adianta olhar pra mim

**R.L:** Acho que meu pai, pro meu pai se eu arranjasse um emprego ele falava para eu largar o tratamento.

**D:** O pai dele acha que ele não precisaria se tratar, que se tivesse força de vontade ele parava. Já a mãe vê o tratamento como importante, porque ela vê que conseguiu parar através disso. E o pai acha que se ele trabalhasse ele não ia ter vontade, vai deixar de pensar nisso.

**Pesq:** Mas e que mudanças você vê que a droga trouxe para a sua família?

**R.L:** Bom, isso eu não sei, porque mora só eu e ela. (Esposa)

**D:** Mas o que eu acho que ela quer saber é antes, com relação a sua mãe

**R.L:** ah não, quanto a isso não teve problema, porque as irmãs da minha mãe sempre ajudaram bastante, elas cuidavam da minha mãe e da gente. Eu lembro que quando eu era pequeno ela bebia escondida, ia para o quarto beber.

**D:** Ela não ia no bar beber, ela bebia escondida, ela comprava e bebia em casa

**R.L:** teve épocas assim, que ela chegou a beber de ficar bem mal. A última vez que ela se internou até fui eu que internei ela, porque cheguei em casa e ela estava muito mal

**D:** Mas a trouxe na base de chantagem né?

**R.L:** Ela ficou internada e depois fez Caps

**Pesq:** Como a família costuma resolver os problemas causados pela droga?

**D:** olha não sei dizer isso

**Pesq:** Veja, como a família vê a questão do seu uso de droga?

**R.L:** Ah, quando não dá certo? Eu estou há pouco tempo, mas tive uma recaída por estar muito estressado esses tempos. Tava tendo muita cobrança, de todos os lados, e meu carro tava batido também.

**Pesq:** Cobrança de quem?

**D:** Minha

**R.L:** Dela e do meu pai. E isso me deixa estressado, porque eu acho que pegam muito no meu pé, sendo que meu irmão bebe e bebia junto comigo.

**D:** Eu tomava junto com ele também, mas agora que ele parou eu parei também. Mas eu cobrava bastante, porque ele não estava trabalhando não tinha dinheiro, eu que sustentava a casa e ele ia ao bar. Eu sempre cobre muito ele em relação à emprego

**R.L:** É, mas é aquilo que eu te falei...

**Pesq:** E como é a sua relação com o seu pai hoje?

**D:** eu vejo que houve alteração no relacionamento, eles se distanciaram. Quando o R bebia o pai não falava com ele

**R.L:** O distanciamento com o meu pai é quando eu bebo.

**Pesq:** E a relação com seus irmãos?

**R.L:** Com meus irmãos eu me dou muito bem, com o meu pai o relacionamento também é bom. Tanto que no Domingo eu e meus irmãos sempre nos encontramos para jogar snooker.

**Pesq:** Mas mudou a relação com seu pai?

**D:** Eu vejo assim: o pai dele era militar, e sempre foi muito sistemático, muito rígido. Mas a relação não mudou, o que acontece é que se o R. falasse com ele embriagado eles brigavam e o pai dele acabava ignorando ele, não falava direito com ele

**R.L:** Quando eu estou em abstinência o relacionamento com o meu pai é muito bom

**Pesq:** E a relação de vocês com a mulher dele como é?

**R.L:** A gente se dá super bem com a madrasta

**D:** A gente inclusive brinca que ela não é madrasta, que ela é boadrasta

**Pesq:** E como a família reage quando você tem uma recaída?

**D:** Eu fico com vontade de socar ele, com isso eu sou muito intolerante. Eu até tô tentando me controlar. Até da última vez que ele recaiu quem atendeu ele foi a mãe, porque eu fiquei muito irritada. Ela foi lá ficou com ele, levou coquinha, pegou ele no colo.

**R.L:** é, mas você tem mania de deixar bilhetinhos, que eu já falei pra você que eu odeio isso.

**D:** eu deixo bilhetinhos pra ele. É que na verdade eu sempre saía de casa muito cedo e voltava tarde, então eu nunca pegava ele sóbrio, então essa foi a maneira que eu encontrei de me comunicar com ele

**Pesq:** E como era a relação de vocês antes dele começar a usar drogas?

**D:** Quando a gente começou a namorar ele já usava

**Pesq:** Mas e na tua casa R., como era a relação antes do uso de drogas?

**R.L:** isso eu não sei explicar, não dá pra você ser mais direta

**Pesq:** Você morava com a sua mãe?

**R.L:** Depois da separação eu fiquei morando com a minha mãe. Mas morei com o meu pai uma época, de 89 á 92, quando eu estava com uns 14 anos

**Pesq:** Você que decidiu ir morar com o seu pai?

**R.L:** Daí, meu pai e minha mãe resolveram que seria bom eu ir morar com ele. Foi uma opção e não foi. Eu sempre fui bagunceiro, fui expulso de vários colégios, por vandalismo

**Pesq:** Mas foi nessa época que você começou o uso?

**R.L:** Foi nessa época. Meu pai tinha um bar grande em casa, daí pra ele não sentir falta eu fazia a famosa farmácia. Eu misturava várias bebidas, um pouquinho de cada para ele não sentir falta.

**Pesq:** Bom , tem mais alguma coisa que vocês acham importante colocar dentro disso que nós conversamos? Querem colocar mais alguma coisa?

**D:** Acho que não

**R.L:** Acho que não

**Pesq:** Eu gostaria de conversar um pouco com sua mãe, para saber mais detalhes sobre a família de vocês e dela.

**Obs:** durante a entrevista, o R.L. e sua esposa discutiram muito sobre as informações, sendo que muitas delas foram passadas pela esposa e não por ele, que ficava olhando para ela esperando que ela respondesse. R.L apresentava certa dificuldade de compreensão das perguntas, quase sempre a esposa o ajudava a entender.

**Entrevista Caps – 04/04/05**

**Conferência de dados com a mãe de R.L (N.), que também se trata no Caps.**

**R.L também estava presente**

**Pesq:** Eu gostaria que a gente pudesse conferir os dados do genograma, se a senhora lembrar de mais alguma coisa e quiser acrescentar.

**N:** Eu comecei a beber antes da separação já, até porque meu ex-marido já estava com a nova mulher dele. Ele era muito agressivo, batia muito em mim e nas crianças, era muito violento. Mesmo depois que a gente se separou ele continuava indo lá em casa para saber o que eu estava fazendo, para dizer que as coisas estavam erradas, e batia nas crianças.

**Pesq:** E seu filho mais velho bebe?

**N:** Agora ele está bebendo bastante, estou até preocupada. Esses dias até deu uma briga lá, porque ele mora em uma casa nos fundos da casa do meu ex-marido, então fiquei sabendo que ele brigaram feio.

**Pesq:** A senhora tem mais alguma informação para ser acrescentada ao genograma?

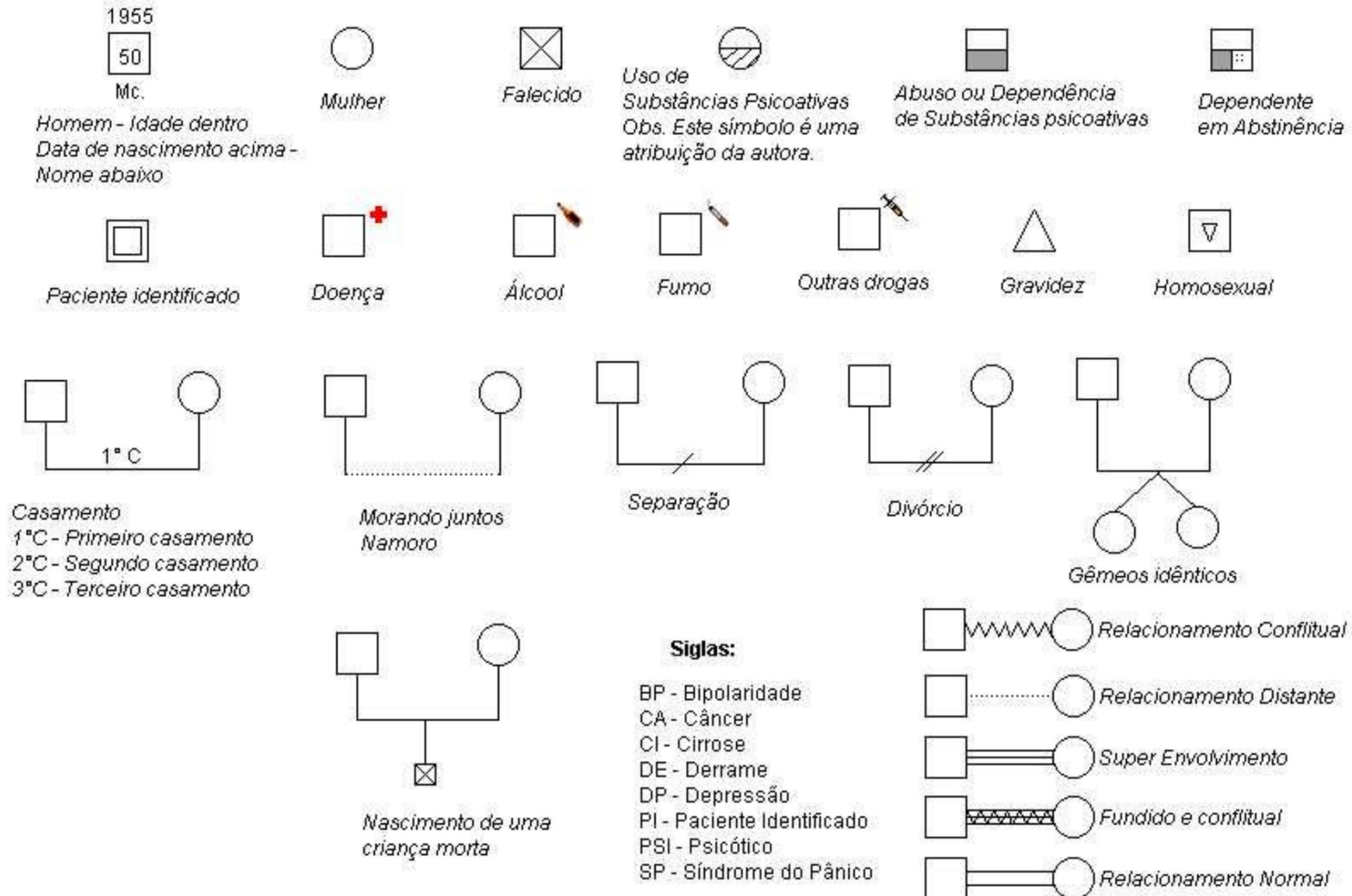
**N:** Não

**Pesq:** Então muito obrigada pela sua presença.

**ANEXO 4**  
**(Legenda para a Construção do Genograma)**

## LEGENDA

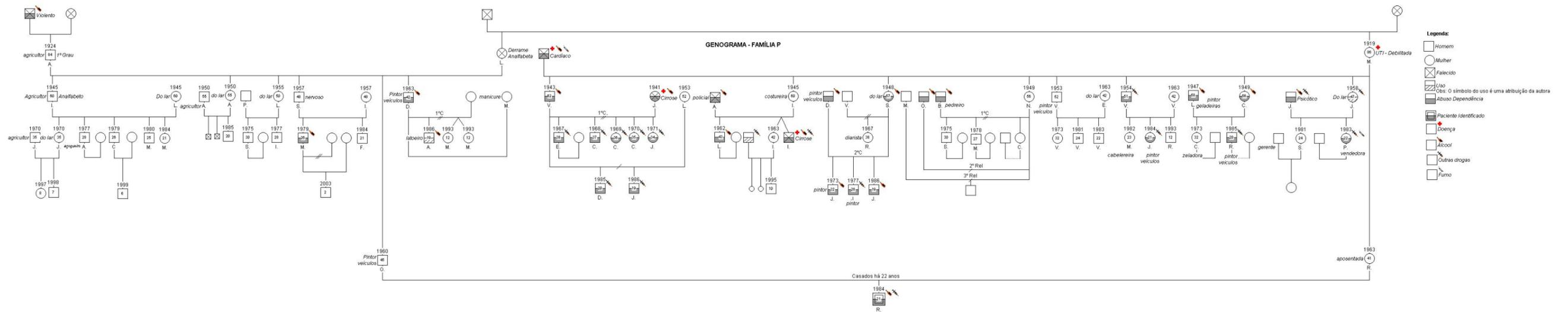
A Legenda, baseada em Mcgoldrick e Gerson (1995), apresenta os símbolos utilizados para a construção do genograma neste estudo, bem como mostra os padrões relacionais na configuração familiar. Inclui outros símbolos relacionados ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e dependente em abstinência. Utiliza-se de ícones como a garrafa, o cigarro e a seringa para demonstrar o uso, abuso e dependência de álcool, fumo e drogas respectivamente.



Para a construção do genograma recorreu-se ao programa Genogram-Maker, disponibilizado na internet.

**ANEXO 5**  
**(Genogramas e Configurações Familiares dos participantes da pesquisa)**

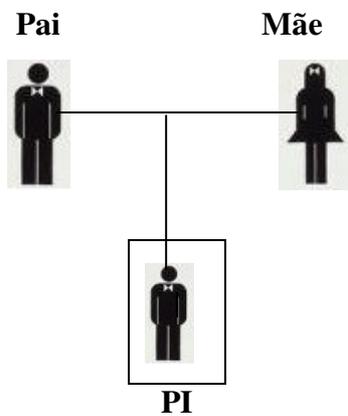
# GENOGRAMA DA FAMÍLIA P.



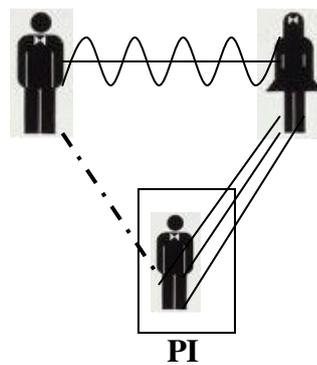
# CONFIGURAÇÃO FAMILIAR

## FAMÍLIA P.

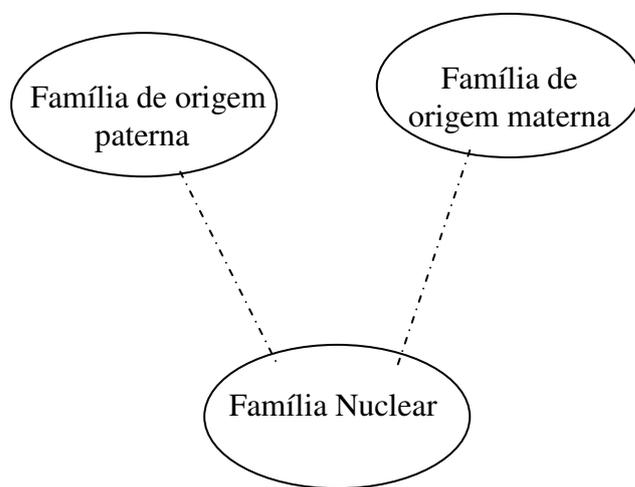
Genograma da Família Nuclear



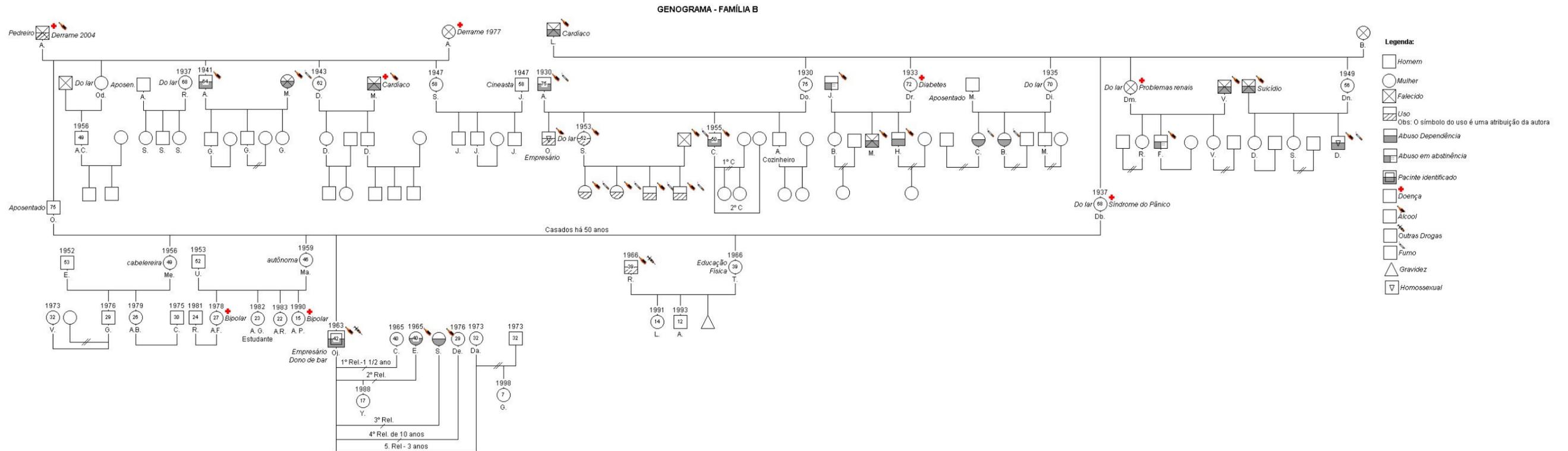
Subsistema Parental



Subsistema – Famílias de Origem

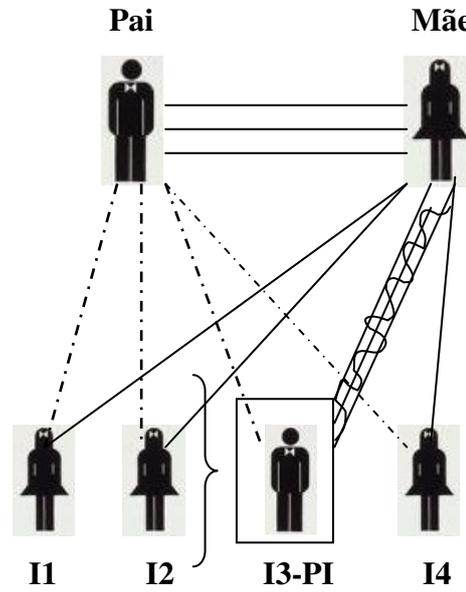


# GENOGRAMA DA FAMÍLIA B.

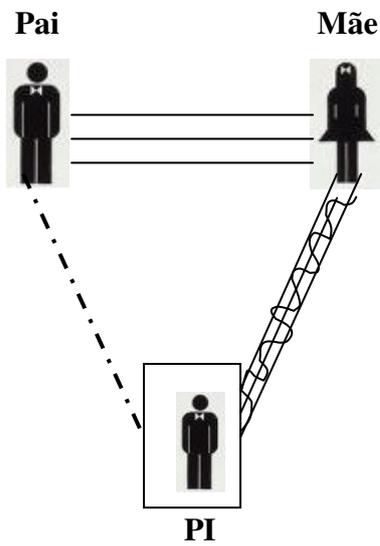


**CONFIGURAÇÃO FAMILIAR  
FAMÍLIA B.**

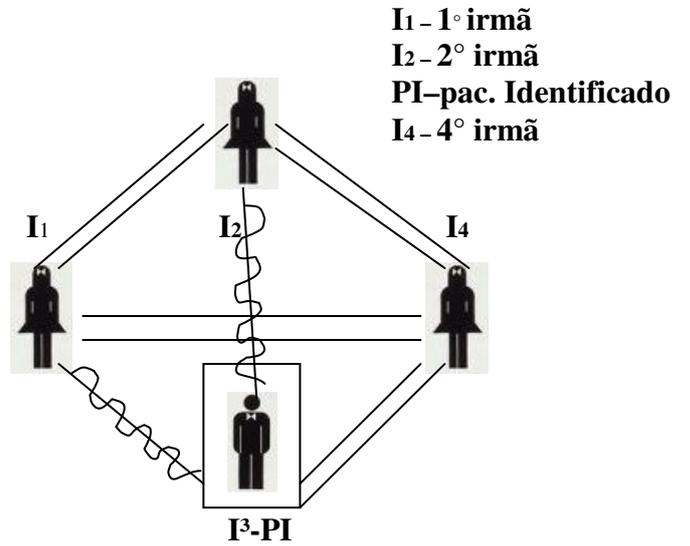
**Genograma da Família Nuclear**



**Subsistema Parental**

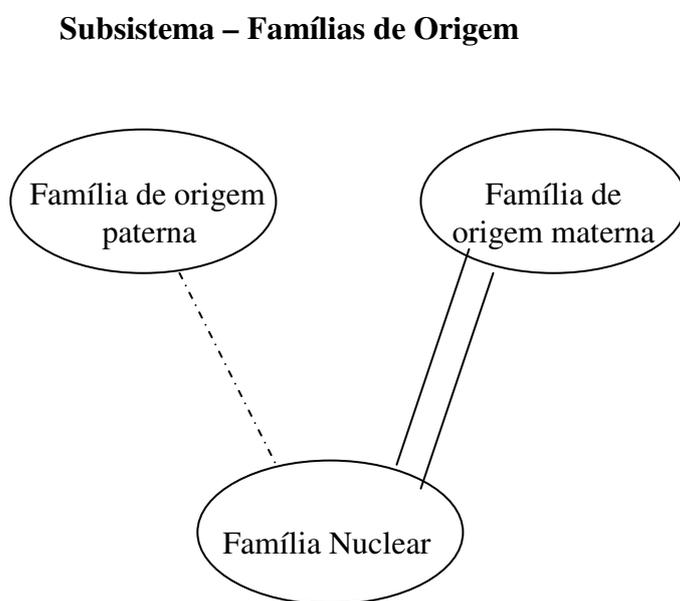
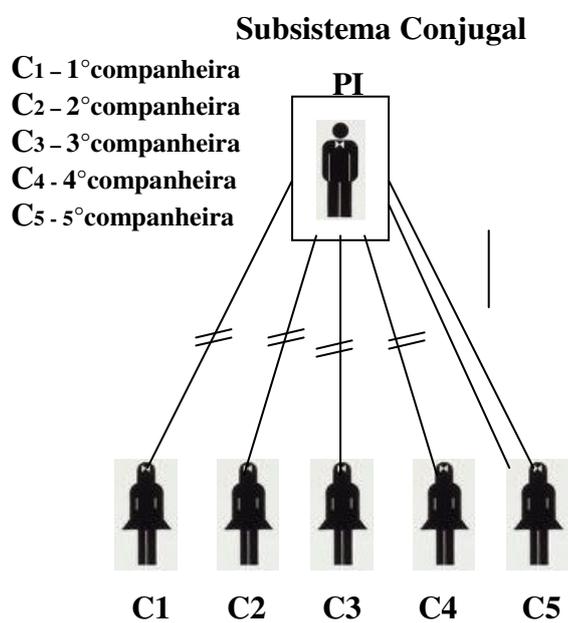


**Subsistema Fraternal**

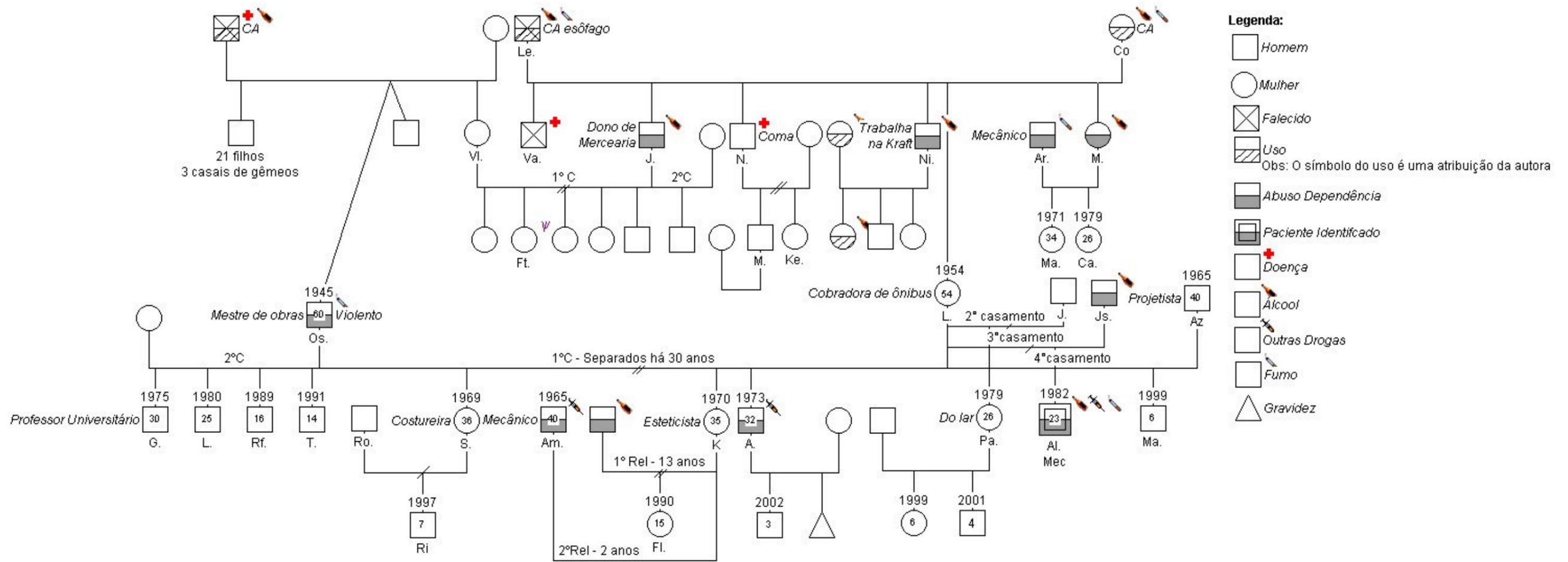


# CONFIGURAÇÃO FAMILIAR

## FAMÍLIA B.



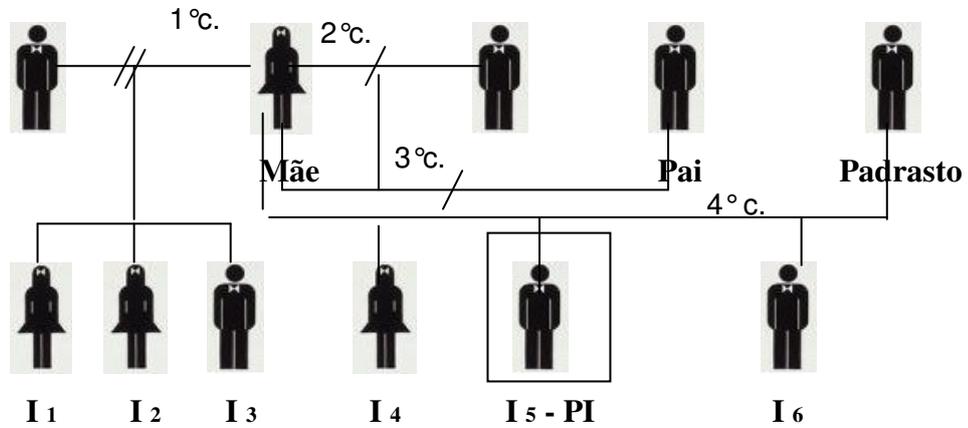
## GENOGRAMA DA FAMÍLIA A.



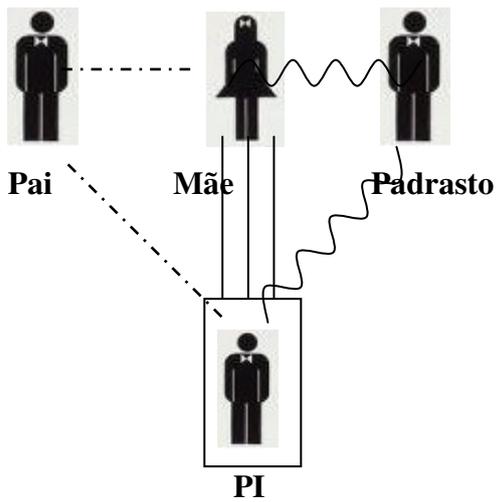
# CONFIGURAÇÃO FAMILIAR

## FAMÍLIA A.

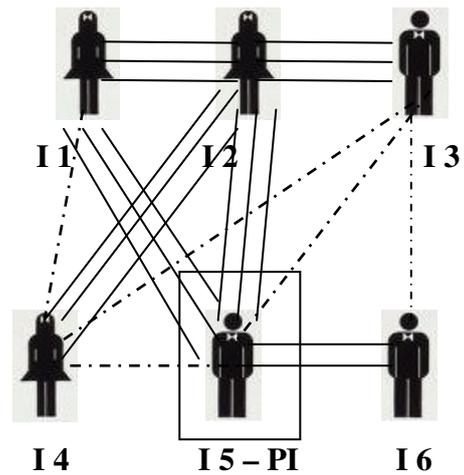
### Genograma da Família Nuclear



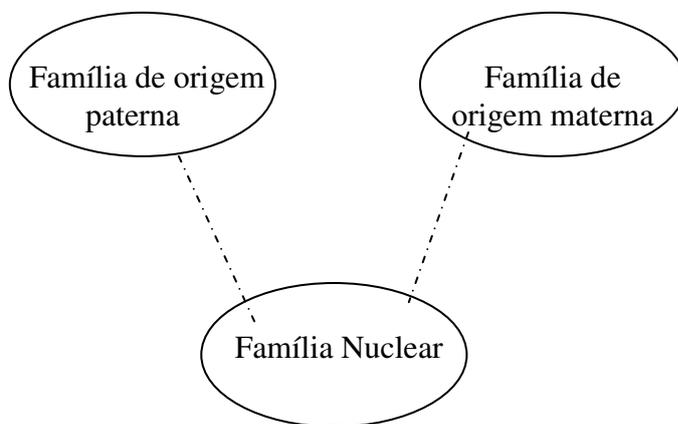
#### Subsistema Parental



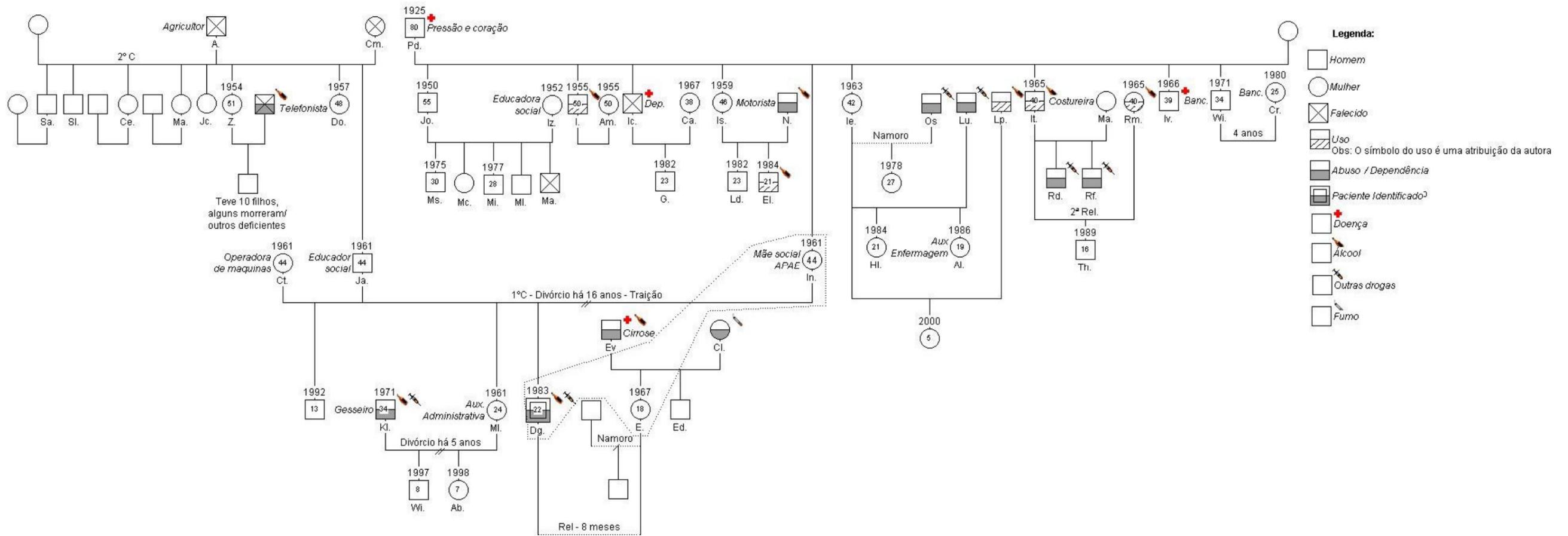
#### Subsistema Fraternal



#### Subsistema – Famílias de Origem

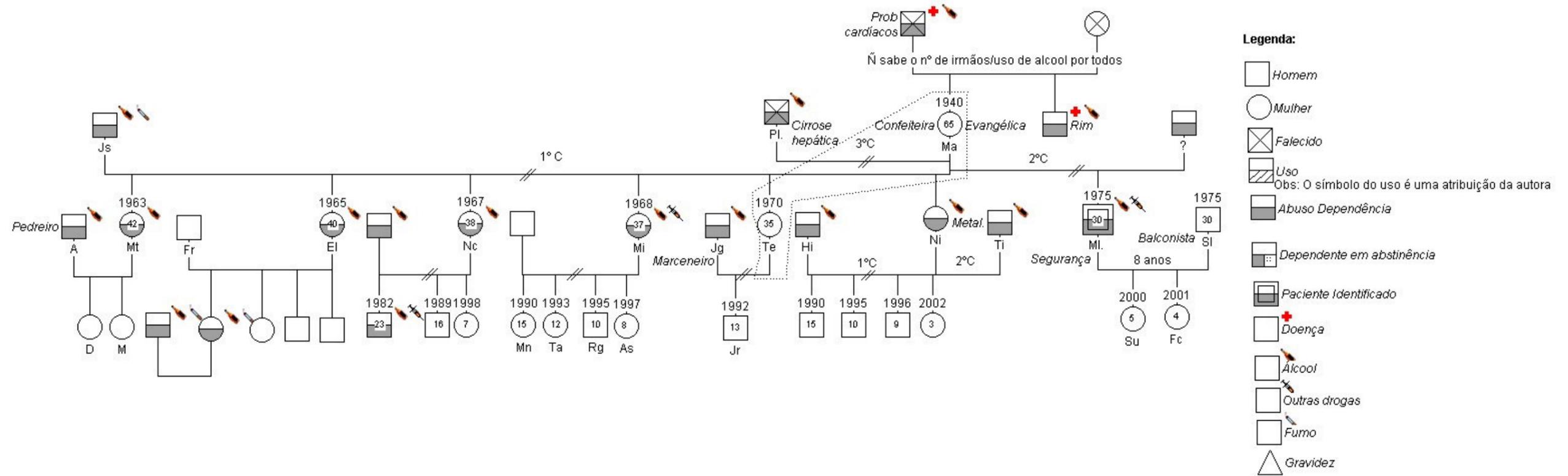


# GENOGRAMA DA FAMÍLIA D.





# GENOGRAMA DA FAMÍLIA L.

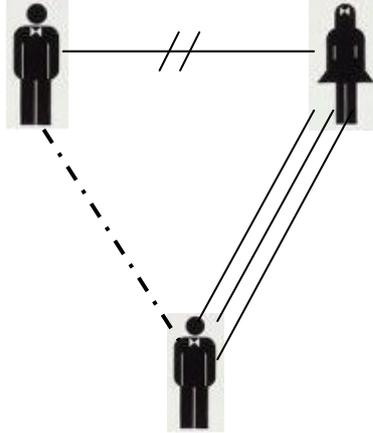


- Legenda:**
- Homem
  - Mulher
  - ⊗ Falecido
  - ▨ Uso  
Obs: O símbolo do uso é uma atribuição da autora
  - ▩ Abuso Dependência
  - ▨ Dependente em abstinência
  - ▩ Paciente Identificado
  - ⊕ Doença
  - ☞ Alcool
  - ☞ Outras drogas
  - ☞ Fumo
  - △ Gravidez

# CONFIGURAÇÃO FAMILIAR

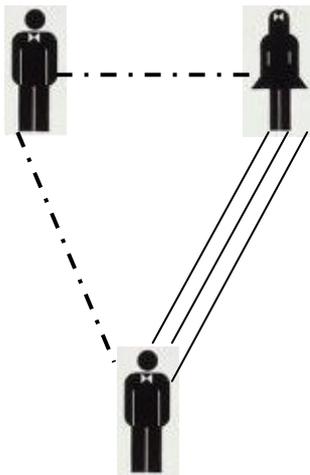
## FAMÍLIA L.

### Genograma da Família Nuclear

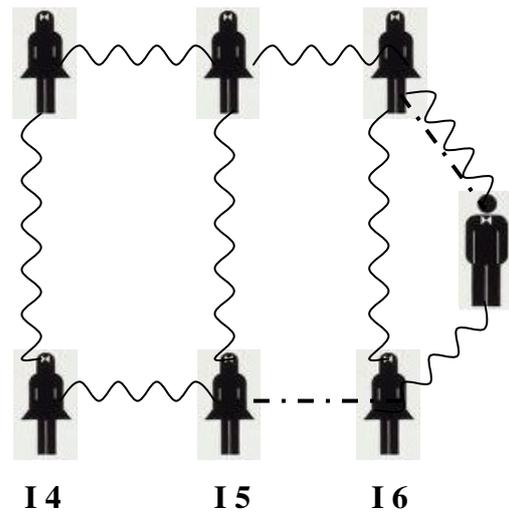


### Subsistema Parental

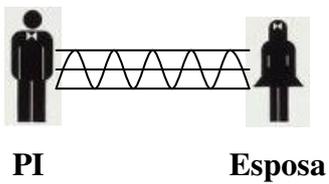
Pai Mãe



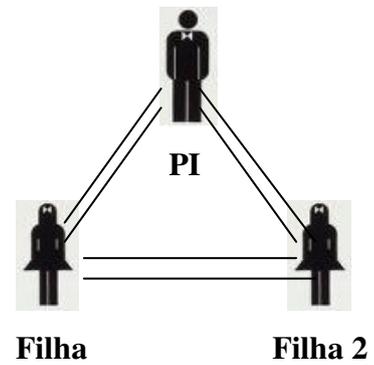
### Subsistema Fraternal



### Subsistema Conjugal



### Subsistema Filial



**CONFIGURAÇÃO FAMILIAR**  
**FAMÍLIA L.**

**Subsistema – Famílias de Origem**

