

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**VALÉRIA ROCHA BRASIL**

**CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS:  
DO INDIVÍDUO À FAMÍLIA**

**SÃO PAULO  
2012**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**VALÉRIA ROCHA BRASIL**

**CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS:  
DO INDIVÍDUO A FAMÍLIA**

Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica, sob orientação da Profa. Dra. Rosa Maria Stefanini Macedo.

**SÃO PAULO  
2012**

## BANCA EXAMINADORA

---

---

---

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus o qual sempre esteve presente em minha vida possibilitando diversas realizações e aprendizados;

À minha família, em especial, minhas irmãs, meu cunhado e irmão, minha mãe e meus sobrinhos, que sempre estiveram ao meu lado me ensinando, apoiando e incentivando cada momento de minha vida;

À minha orientadora que tanto admiro como profissional, produtora disseminadora de conhecimento;

Aos meus amigos que participam e vibram com as minhas conquistas;

Aos meus pacientes que tanto me ensinaram durante toda a minha carreira;

Ao Carlos Eduardo que me ajudou muito no início deste trabalho;

Ao Augusto Cesar Brasil, que no momento certo, colaborou na construção desta tese e foi um ótimo companheiro;

À Silvia Zarone e às minhas grandes companheiras de caminhada espiritual (de São Paulo e Alphaville);

Aos meus grandes mestres que tanto me ensinaram ao longo de minha trajetória profissional;

Às famílias que generosamente “doaram” o seu tempo e as suas histórias de vida para possibilitarem a construção desta tese;

À Eliana que com sua equipe colaborou para todo o processo de revisão e demais procedimentos necessários para a conclusão e entrega do trabalho;

Finalmente um agradecimento especial à minha filha Gabriela que com o seu brilho ilumina o meu coração e a minha vida.

*A todos que direta ou indiretamente me  
ajudaram a construir a Mulher, a mãe e a  
profissional que sou hoje.*

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivos gerais e específicos analisar e buscar compreender, a partir do olhar do dependente e da família, como se estabeleceram a construção e a desconstrução da sua síndrome de dependência de drogas, procurando identificar as crenças e os valores predominantes nesta população, a transmissão intergeracional da dependência de drogas nos processos educacional e inter-relacional, assim como os contextos socioculturais e familiares que possivelmente influenciaram e foram influenciados nestes processos. Para a realização desta tese, foram entrevistados indivíduos de classe média paulista (conforme critério estabelecido pelo índice de vulnerabilidade paulista), que fizeram uso prejudicial de drogas psicoativas em um determinado período de suas vidas, a tal ponto que foram diagnosticados como portadores da síndrome de dependência de drogas (segundo os critérios médicos vigentes DSM IV e CID 10), passaram por um processo de tratamento (internação e psicoterápico) e encontram-se abstinentes dessas substâncias há mais de cinco anos, bem como um ou dois membros da família de cada um deles. Esta pesquisa segue os fundamentos teóricos da visão sistêmico- cibernética, baseada no novo paradigma da ciência. Os conteúdos das entrevistas foram reunidos em categorias temáticas definidas a partir da organização de quatro grupos (aspectos relacionados à construção e à desconstrução da dependência de drogas sob o ponto de vista da família e do dependente). Os resultados ressaltaram diversos aspectos que colaboraram para a construção e desconstrução da dependência de drogas na perspectiva tanto da família quanto do dependente. Os assuntos mais significativos levantados estavam relacionados ao funcionamento familiar e individual do dependente de drogas, aos significados e relacionamento estabelecido com a substância psicoativa, aos sentimentos envolvidos em todo o processo, ao ambiente social, aos paradoxos, às diversas formas de tratamento, aos padrões de educação e repetição intergeracional (envolvendo as crenças e valores familiares), à questão de gênero diferindo em determinadas dimensões e às inter-relações estabelecidas no sistema familiar envolvendo as conjugalidades.

Palavras-chave: Psicologia clínica; dependência de drogas; drogas; família.

## **ABSTRACT**

This work has as general and specific objectives to analyze and try to understand, from the look of the dependent and the family, how were established the construction and the deconstruction of their drugs dependence syndrome, trying to identify the beliefs and values prevalent in this population, the intergenerational transmission of drugs addiction in the educational and inter-relational process, as well the family and sociocultural contexts that possibly influenced and were influenced in these processes. For this thesis realization, were interviewed individuals from middle-class of São Paulo (according to criteria established by the vulnerability index of São Paulo), who made harmful use of psychoactive drugs in a certain period of their lives, to the point that were diagnosed as having the syndrome of drugs dependency (according to medical criteria current DSM IV and ICD 10), passed through a treatment process (hospitalization and psychotherapeutic) and are abstinent of those substances for more than five years, as well as one or two family members of each one of them. This research follows the theoretical foundations of systemic-cybernetic vision, based on the new paradigm of science. The contents of the interviews were grouped into thematic categories defined from the organization of four groups (aspects related to the construction and deconstruction of drugs addiction from the point of view as much the family as the dependent). The most significant highlighted subjects were related to the family and individual performance of the drugs addict, to the meanings and the established relationship with psychoactive substance, the feelings involved in the entire process, the social environment, the paradoxes, the various forms of treatment, the education standards and intergenerational repetition (involving beliefs and family values), the gender matter differing in certain dimensions and the established inter-relationships in the family system involving the conjugalities.

Keywords: Clinical Psychology; drug addiction; drugs; family.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>17</b>
<b>3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....</b>	<b>18</b>
3.1 Evolução e Reflexões sobre Alguns Conceitos .....	18
3.2 Epidemiologia e Prevenção.....	33
3.3 Família e Dependência de Drogas .....	46
3.4 Tratamento.....	65
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>91</b>
4.1 Participantes .....	94
4.2 Procedimentos para a coleta de dados .....	96
4.3 Plano de Análise de Dados .....	96
<b>5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>100</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>155</b>

## INTRODUÇÃO

O uso de drogas no mundo ocidental, apesar de ainda não poder ser considerado uma epidemia, tem seu crescimento e consequências suficientes para canalizar as atenções dos órgãos públicos, das instituições e da sociedade como um todo. Muitos são os estudos voltados à prevenção e ao tratamento desse fenômeno, no entanto, os resultados obtidos não atingiram um grau satisfatório para poder considerar que tal questão está suficientemente explorada em sua compreensão e maneira de lidar. Isto instiga estudiosos a permanecerem pesquisando e investigando os vários aspectos que influenciam e são influenciados simultaneamente pela dependência de drogas.

As produções bibliográficas se intensificaram a partir do século XX, perpassando pelas diversas disciplinas, tais como: psicologia, sociologia, medicina, pedagogia, ciências políticas, econômicas e religiosas. Este movimento se deve ao avanço tecnológico e científico, aos conhecimentos armazenados, às várias modalidades de tratamentos vigentes e à alta prevalência dos inúmeros sistemas envolvidos no problema (narcotráfico, escolas, empresas, famílias, etc.). A multifatorialidade do fenômeno das drogas deve ser respeitada e, portanto, os estudos precisam estabelecer uma interface para facilitar a compreensão e a construção de ações de prevenção e tratamento mais efetivas (Migott, 2008).

Diante de tal cenário, este trabalho visa a compreender as narrativas tanto da família quanto do dependente de drogas (que passou por tratamentos e encontra-se abstinente há mais de dez anos) em relação à construção e à desconstrução dessa dependência, envolvendo as múltiplas influências inter-relacionais, os valores e as crenças dos sistemas em torno do problema, considerando os contextos sociais, históricos e culturais da questão.

Meu interesse em efetuar esta pesquisa deu-se a partir de minha experiência profissional, construída ao longo de vinte e dois anos, no tratamento clínico e institucional voltado aos dependentes de drogas e a seus familiares. Ao desenvolver um trabalho direcionado a essa população, fui me deparando com

questões que transcenderam os aspectos intrapsíquicos. Foi possível observar que existe uma incompatibilidade entre o que se fala em relação aos valores e crenças sociais e o que se estabelece nos relacionamentos e ações nos diversos sistemas dos quais o dependente de drogas faz parte. Muitos são os estudos sobre este assunto, visando a compreender o processo de construção da dependência de drogas a partir das observações e conclusões dos pesquisadores. Acredito ser o momento de “aprendermos” com o próprio dependente de drogas e com a sua família. Assim sendo, pretendo investigar, a partir do olhar dessa população, quais são as questões relevantes que se influenciaram mutuamente, colaborando tanto para o desenvolvimento da dependência de drogas quanto para o processo de recuperação, no contexto sociocultural da classe média paulista.

A relevância deste trabalho se dá em função da sua contribuição no desenvolvimento de ações preventivas direcionadas ao uso, abuso e dependência de drogas. São cada vez mais frequentes os casos de jovens de classe média, que moram nas grandes capitais brasileiras, agirem de maneira incompatível com os valores que dizem ter recebido de suas famílias (por exemplo: traficarem, roubarem, abusarem de drogas e mentirem constantemente).

Diante de tal quadro, é viável levantar as seguintes questões: “Como se organizam os valores, as crenças e as inter-relações nas famílias de dependentes de drogas, inseridas no contexto da classe média paulista? Como são transmitidos tais fatores intergeracionalmente e como influenciam e são influenciados nos processos de construção e desconstrução da dependência de drogas?”

Para tanto, baseei-me no paradigma sistêmico, possibilitando um olhar mais amplo para este fenômeno multifatorial que não se restringe aos aspectos intrapsíquicos dos indivíduos. O termo paradigma ao qual me refiro significa, segundo Capra (1982), uma visão de mundo construída por pensamentos, percepções e valores. É uma forma de perceber a realidade que direciona o pensamento científico, sendo a base do modo como uma sociedade se organiza.

O paradigma sistêmico surgiu no século XX, contrapondo-se ao pensamento científico do século XVII, principalmente representado por Descartes, Bacon e Newton. Vasconcellos (1995) resgata Prigogine, Stengers (1979) e Morin (1983) para esclarecer as distintas formas de pensar o mundo e agir sobre ele das duas ciências, nomeando-as como “ciência tradicional” e o “novo paradigma”. A primeira tem como concepção de mundo uma organização regida por leis simples e imutáveis abordadas de maneira racional. Na tentativa de decifrar e controlar a natureza, o cientista se distanciou dos fenômenos observados, elegendo como seu objeto de estudo as situações estáveis e as permanências, as quais facilitariam os princípios explicativos. Esta ciência fragmenta o mundo, estabelece relações causais lineares isoladas umas das outras e tenta controlar todas as variáveis que possam “atrapalhar” o entendimento dos objetivos propostos, reduzindo a complexidade do universo em leis simples e objetivas. Na prática, esta forma de pensar “construiu” um ser humano distanciado dos movimentos naturais e departamentalizado em mente, corpo e espírito, assim como “quebrou” as ciências, encastelando-as em seus pequenos “feudos” de especialidades.

A “nova ciência” é um paradigma em evolução e trabalha no sentido de integrar os fenômenos da natureza, considerando as suas contradições, instabilidades, incertezas e paradoxos. Não busca o “enquadramento” do Universo definindo leis gerais, únicas e imutáveis, mas sim, considera a sua complexidade e dinamismo. Entende os movimentos da natureza como circulares interativos e complementares, podendo deste modo ser “uma coisa e outra”, isto é, possibilita perceber que aspectos antagônicos ocorrem ao mesmo tempo em um mesmo fenômeno.

Finalmente, considera que o todo não é apenas a soma das partes, e sim é mais e menos que a soma de suas partes. Ao transpor tal afirmação para o sistema familiar, pode-se dizer que em uma família cada membro possui características próprias que, apesar de colaborarem para compor o funcionamento familiar, não se expressam em sua totalidade no sistema, assim como a família, que apesar de possuir algumas características de cada um de seus membros, apresenta peculiaridades próprias.

Outro foco importante a esclarecer nesta tese é sobre a família atual brasileira, que vive um momento de transformação se comparada ao modelo de organização nuclear tradicional, composto por pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto. A mulher no Brasil tem se inserido cada vez mais no mercado de trabalho formal, assumindo muitas vezes sozinha os filhos, caracterizando as famílias monoparentais. Isso não significa que os homens também não estejam assumindo sozinho os filhos, mas o predomínio deste modelo de família é feminino. O número de separações, uniões não formalizadas e recasamentos vem aumentando no País, e o homem tem participado mais ativamente dos afazeres domésticos e da criação dos filhos. A maior aceitação da homossexualidade vem permitindo que mais casais homossexuais se assumam publicamente, chegando até a formar famílias com filhos.

Esses e outros aspectos colaboram para as mudanças da família brasileira, trazendo consigo inúmeros desafios, tais como o abuso de drogas, as doenças sexualmente transmissíveis, a violência urbana e doméstica, a globalização e as duplas jornadas de trabalho, gerando níveis altos de estresse (Silva, 2001). O IBGE (2010) traz dados importantes que ajudam a compor este cenário: de 1999 a 2009, o número médio de pessoas na família (com renda mensal *per capita* acima de meio salário mínimo) caiu de 3,4% para 3,1%. É observado também, neste período, no conjunto dos arranjos familiares, um aumento na proporção de casais sem filhos (de 13,3% para 17%) e, conseqüentemente, uma redução de casais com filhos, passando de 55% para 47%. O número de casamentos em que um dos cônjuges é divorciado (principalmente os homens) aumentou, representando 7,4% dos casamentos. A porcentagem de mulheres empregadas com carteira de trabalho passou de 24,2% em 1999, para 30,3% em 2009. Assim sendo, ao falar da dependência de drogas na família da classe média paulista, considerarei todos esses contextos em transição pelos quais estão passando.

No que se refere aos dependentes de drogas entrevistados, vale esclarecer que estabeleceram uma relação de dependência com drogas psicoativas lícitas e ou ilícitas, definidas, segundo a OMS, como “aquelas que alteram comportamento, humor e cognição, agindo preferencialmente nos neurônios, afetando o sistema nervoso central” (Carlini et al., 2001). Micheli e Formigoni

(2011) resgatam a teoria de Chalout (1971) para esclarecer a classificação destas drogas da seguinte maneira:

- Depressoras do Sistema Nervoso Central: Apresentam como principal característica a lentificação da atividade cerebral. As drogas desta categoria que mais se destacam são o álcool, os solventes (ex.: éter, clorofórmio, gasolina, etc.), os sedativos/hipnóticos, os ansiolíticos e os analgésicos narcóticos;
- Estimulantes do SNC: São drogas que se caracterizam, de maneira geral, pela aceleração da atividade cerebral, podendo tanto estimular a transmissão de sistemas excitatórios cerebrais quanto bloquear os sistemas inibitórios. Os exemplos mais comuns destas drogas são: cocaína, nicotina, anfetaminas e a cafeína;
- Perturbadoras do SNC: Têm como principal função perturbar a fisiologia do SNC, produzindo uma modificação qualitativa no seu funcionamento, provocando alterações mentais, tais como delírios, ilusões e alucinações. A maconha, o LSD e alguns cogumelos de origem vegetal são os principais exemplos desta categoria de drogas.

Os participantes desta pesquisa apresentaram histórias de superação, uma vez que conseguiram transpor problemas graves intergeracionais (vistos nos genogramas), relacionados à dependência de drogas, em diversos momentos do ciclo vital familiar, e hoje encontram-se bem, demonstrando que foram sobreviventes dessas crises vividas. Assim, vale destacar os conceitos de resiliência, crise, genograma e ciclo vital, uma vez que colaboram para nomear e caracterizar estes processos de transformações vivenciados.

- Resiliência: Segundo Walsh (2005), resiliência pode ser definida como “a capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos. É um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio”;

- Crise: Esta palavra vem do grego krisis, derivado de krino, que significa “eu decido”, “separo”, “distingo”, “julgo”.. O termo crise para os chineses (wei-ji) significa “perigo” e “oportunidade” (Walsh, 2005; Capra, 1999). Assim, associando-se alguns dos significados descritos pela própria origem da palavra e pelo olhar chinês, crise pode ser uma decisão, uma oportunidade tanto de transformação e crescimento quanto de “destruição”, no caso representando “perigo”. No que tange às famílias estudadas, a crise foi uma oportunidade de decidir a redefinição de relações e padrões de funcionamento destrutivos para o sistema familiar;
- Genograma: Segundo Mcgoldrick e Gerson genograma é “um retrato gráfico da história e dos padrões familiares, mostrando a estrutura básica, a demografia, o funcionamento e os relacionamentos da família”. Penso e Costa (2008) ressaltam algumas das importantes funções do genograma, tais como a ajuda no processo de conhecimento da família, revelando acontecimentos, inter-relações e padrões de funcionamento importantes; colabora para que a família se perceba em relação a movimentos de que não havia se dado conta e amplia as questões do sistema para além do paciente identificado (o portador do “sintoma da doença familiar”);
- Ciclo vital familiar: Cerveny (2002, p.21) o conceitua como “Um conjunto de etapas ou fases definidas sob alguns critérios (idade dos pais, dos filhos, tempo de união de um casal, entre outros) pelos quais as famílias passam, desde o início da sua constituição em uma geração até a morte do ou dos indivíduos que a iniciaram.”

Ao longo desta tese citarei diversas siglas que representam instituições e abreviações de nomenclaturas comumente usadas pelos profissionais da área. Visando a facilitar sua compreensão, segue cada uma delas com o seu devido significado:

- AA – Alcoólicos Anônimos;
- AMA – Associação Médica Americana;
- CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas;
- CID 10 – Classificação Internacional das Doenças e Problemas de Saúde Relacionados – 10ª versão;
- DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual – 4ª versão;
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- INCA – Instituto Nacional do Câncer;
- NA – Narcóticos Anônimos;
- NIDA – National Institute on Drug Abuse;
- OMS – Organização Mundial de Saúde;
- OMID – Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas;
- UDED – Unidade de Dependência de Drogas;
- UNODC — United Nations Office on Drugs and Crime
- UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

Após todos os esclarecimentos acima citados, julgo necessário elucidar que o trabalho desenvolvido nesta tese possibilitou identificar quanto as famílias e os dependentes de drogas perceberam e contribuíram para uma reflexão e compreensão dos processos que fazem parte e colaboram com a construção e a desconstrução das diversas dependências estabelecidas nestes sistemas. Os relatos ressaltaram aspectos significativos relacionados aos funcionamentos familiares e individuais, aos significados e relacionamentos estabelecidos com a substância psicoativa, aos sentimentos envolvidos em todo o processo, ao

ambiente social, aos paradoxos, às diversas formas de tratamento, aos padrões de educação e repetição intergeracional (envolvendo as crenças e valores familiares), à questão de gênero diferindo em determinadas dimensões e às inter-relações estabelecidas no sistema familiar envolvendo as conjugalidades.

A partir desses dados que em muito corroboram com os estudos sobre o assunto, foi possível estabelecer algumas considerações finais voltadas às questões que envolvem a prevenção e o tratamento da dependência de drogas. Muitas vezes os debates sobre o assunto se restringem à liberação ou não das drogas e à necessidade ou não de internações e da abstinência total para o sucesso dos tratamentos. Há que se ampliar o olhar para de fato se atingir a multiplicidade e a profundidade deste fenômeno, envolvendo políticas públicas que determinem ações voltadas ao trabalho de valores, crenças e das inter-relações nos diversos sistemas implicados no problema.

## **1 OBJETIVO GERAL**

Este trabalho visa a analisar e buscar compreender, a partir de um olhar sistêmico, como o dependente de drogas e a família enxergam o processo de construção e desconstrução da sua síndrome de dependência de drogas (definida segundo os critérios médicos vigentes DSM IV e CID 10).

## 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar e buscar compreender a partir do olhar do indivíduo e da família:

- As crenças e os valores predominantes nas famílias de dependentes de drogas;
- A transmissão intergeracional da dependência de drogas no processo educacional e inter-relacional;
- Os contextos socioculturais e familiares que possivelmente influenciam e foram influenciados nos processos de construção e desconstrução da dependência de drogas.

## 3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### 3.1 Evolução e Reflexões sobre Alguns Conceitos

A relação do ser humano com as drogas tem sido vista, conceituada e tratada de diversas maneiras ao longo da história. A forma com que se vê este fenômeno influencia e é influenciada pela maneira com que se age diante dele, isto é, as condutas perante as questões relacionadas às drogas, como técnicas de prevenção e tratamento, por exemplo, são interdependentes da construção dos significados sobre a relação do homem com elas e os contextos sócio-históricos culturais nos quais estão inseridos. Assim sendo, discorrerei sobre a evolução histórica dos conceitos relacionados ao tema da dependência de drogas, contextualizando-os histórica e culturalmente e refletirei sobre como relacioná-los à visão sistêmica, de acordo com o paradigma pós-moderno da construção da realidade.

Primeiramente, o uso de drogas estava relacionado a rituais tribais ou a comemorações específicas dentro de contextos socioculturais bem definidos e nem se cogitava, ou era relatado, algum conceito específico sobre dependência de drogas. O indivíduo que apresentava problemas relacionados ao uso de drogas era encarado sob um ponto de vista espiritual, isto é, estava “tomado” por um espírito e, portanto, o “tratamento” deveria ocorrer a partir de rituais que exorcizassem tal entidade. Posteriormente, o cunho moral e estigmatizante passou a vigorar, “transformando” o dependente de drogas em uma pessoa fraca, sem moral e até mesmo marginal. Desta maneira, a segregação, o isolamento e o confinamento seriam a solução desses casos. O desenvolvimento das definições dos conceitos de dependência e seus derivados vêm ocorrendo há duzentos anos (Toscano Jr., 2001). Muitas são as controvérsias e, portanto, faz-se necessário compreender minimamente o processo evolutivo dessas terminologias.

A palavra dependência se originou do inglês medieval e mais remotamente do latim *pendere*, significando “algo que está seguro” (Babor, 1994). O termo “droga” também começou a ser usado na Idade Média e, apesar da sua origem ser controversa, a maioria das literaturas considera que a palavra vem do termo *droog* (holandês antigo), que significa folha seca; isto porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais (Rezende, 2004). Hoje droga é definida em muitas literaturas como sendo qualquer substância capaz de modificar a função de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (Carlini et al., 2001).

Portanto, dependente de drogas, baseado na origem das palavras, seria alguém que estabelece uma relação “segura” com substâncias/medicamentos. Na prática, é interessante observar que comumente o dependente, quando começa um tratamento e para de usar a droga, relata sentimentos de insegurança diante da vida, como se a substância que o estava “prejudicando” fosse paradoxalmente o que o fazia sentir-se seguro. Então, a origem e a construção do significado destas palavras cabem no funcionamento inter-relacional dos sujeitos desta pesquisa, justificando assim o uso do termo “dependente de drogas”.

Após a Revolução Industrial (séculos XVIII/XIX), o consumo de álcool aumentou consideravelmente na Europa e nos Estados Unidos, trazendo consequências sociais que fizeram a população pressionar os cientistas da época a desenvolverem pesquisas (Petta e Marques, 2001).

Em 1791, Rush definia o alcoolismo como um “transtorno da vontade”, já fazendo um uso do conceito de doença. Trotter, em 1804, afirmava que o hábito da embriaguez era “uma doença da mente” e, portanto, o alcoolismo (“doença da embriaguez” – como era chamado na época) deveria ser tratado por um médico criterioso (Seibel e Toscano Jr., 2001).

É possível pensar que, nessa época, o contexto sociocultural definia que alguns homens estabeleciam uma relação constantemente excessiva com o álcool, e isto movimentou esses cientistas a construir conceitos que permitiam ver tal comportamento como “patológico”. Desta maneira, a relação excessiva do homem com o álcool, definida socialmente, influenciou o início da construção do

conceito de dependência de drogas que, ao vê-la como uma “doença da embriaguez” e como um “transtorno da vontade” necessitando de intervenção médica, passou a influenciar no olhar da sociedade para esses indivíduos, que antes eram vistos como fracos, sem moral e marginais. Assim, os “portadores” de tal transtorno eram menos estigmatizados, e as ações direcionadas a eles, menos segregadoras. Nessa época, apesar de o olhar em relação à dependência de drogas ainda estar longe de expressar a complexidade do fenômeno, fica clara a importância de se considerar a interdependência entre contexto e conceito.

Foi no século XX que os conceitos de dependência de drogas e seus derivados foram mais formalmente definidos.

Em 1966, a Associação Médica Americana passou a considerar o alcoolismo como doença (Babor, 1994).

Apesar de a dependência de drogas, vista como doença, ter minimizado o estigma segregador inculcido no dependente, simplificou e “medicalizou” a questão, concentrando-a sob “domínio” médico.

A OMS (Organização Mundial da Saúde), em uma nota do glossário de 1978, substituiu o termo alcoolismo (proposto pelo médico sueco Magnus Huss, no século XIX) por “síndrome de dependência do álcool”, termo este posteriormente ampliado para dependência de outras drogas (Babor, 1994).

Berridge (1994) cita Shaw (1979) para esclarecer que a ideia do termo “síndrome de dependência do álcool” visa não apenas a substituir o conceito de alcoolismo, mas também o termo doença, procurando ampliar um pouco mais todas as suas principais suposições e implicações. Porém, alcoolismo ainda é uma nomenclatura amplamente utilizada e conhecida tanto por profissionais da área quanto por leigos.

Apenas em 1988, a Associação Médica Americana estendeu o termo doença para a dependência de outras drogas (Babor, 1994), ou seja, vinte e dois anos após ter considerada a dependência de álcool como doença, e dez anos depois de a OMS ter ampliado o termo alcoolismo para “síndrome de dependência do álcool”.

Após algumas revisões, a OMS definiu dependência de drogas como:

Estado psíquico e, algumas vezes, igualmente físico, resultante da interação entre um organismo e um produto. Esta interação caracteriza-se por modificações do comportamento e por outras reações que obrigam fortemente o usuário a tomar o produto contínua ou periodicamente, com o fim de encontrar os efeitos psíquicos e, às vezes, evitar o mal-estar da privação. Pode haver ou não tolerância (10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças e Problemas de Saúde Relacionados – CID – 10, 1993).

Essas transformações de definições e linguagens repercutem, na prática, uma descentralização da dependência de drogas sob o domínio médico e hospitalar, ampliando um pouco mais a questão para um ponto de vista psicológico e relacional, envolvendo, por conseguinte, aspectos socioculturais.

Ainda na década de 90, alguns profissionais da área, dentre eles Kalina et al. (1999), se utilizaram do termo drogadicção para se referirem à dependência de drogas. Tal autor se baseou no resgate do contexto em que foi construído o significado da palavra, afirmando:

Nos termos da república romana, o particípio passado *Addictum*, empregado como adjetivo, designava o homem que, para pagar uma dívida, convertia-se em escravo por não dispor de outros recursos para cumprir o compromisso contraído. *Addictum* era aquele que se assumia como marginal; alguém que fatal ou voluntariamente, fora jogado numa condição inferior à que tivera até então. Em síntese: tratava-se de uma pessoa que não soube ou não pôde preservar aquilo que lhe conferia identidade. O *adito* aparece, assim como despojado: é aquele que perdeu sua identidade e, simultaneamente, adotou uma identidade imprópria como única maneira possível de saldar sua dívida. Através da renúncia à sua identidade verdadeira mas insustentável, o *adito* restabelece o equilíbrio social perdido em virtude da sua inadimplência. *Adito* era aquele que evitava a dissolução total de sua existência apelando para a aceitação, em público, de sua falta de direito a uma identidade pessoal. Para ser alguma coisa, devia aceitar que não era ninguém (Kalina, 1999. Cap.1, p. 24).

Kalina faz uma associação da função que o dependente desempenha no sistema familiar ao assumir este papel, com o “*Addictum*” da república romana,

uma vez que ambos “assumem uma identidade” que não é a sua para resgatar o equilíbrio do sistema.

Apesar da riqueza histórica do termo e do importante paralelo traçado por Kalina com relação ao papel, ao lugar e à função do dependente de drogas no sistema familiar, este termo não se ajusta à realidade brasileira, uma vez que a palavra adicção não existe na língua portuguesa com o sentido de dependência, mas o termo foi utilizado de maneira inespecífica tanto para dependência quanto para abuso de drogas (Galduróz, 2011). Entretanto, alguns profissionais no Brasil o empregam até hoje.

Mantendo a análise da evolução do conceito no século XX, a toxicomania foi outro termo utilizado para caracterizar dependência de drogas devido ao fato de que, nesse período, tóxico passou a ser sinônimo de droga (Rezende, 2004). Todavia este conceito corresponde a uma nomenclatura francesa e, portanto, é prioritariamente usado nos países francófonos.

Diante de toda esta evolução histórica do conceito de dependência de drogas, posso concluir que não há uma única definição aceita mundialmente e que todas são dinâmicas e transitórias. Não cabe dizer qual delas está certa ou errada, mas compreender a que função se presta em um determinado grupo social/profissional (Babor, 1994). A Associação Médica Americana (AMA), ao definir alcoolismo como doença em 1966, estendendo o conceito para outras drogas em 1988, tinha como função criar condições para incluir tal patologia nos seguros-saúde. Os sociólogos criticavam o modelo médico de doença, porquanto “medicalizava” problemas cujas origens acreditavam ser socioeconômicas. Desta maneira, o poder seria deslocado das mãos médicas para as dos sociólogos.

Contudo, os modelos psiquiátrico e psicológico que consideravam a dependência predominantemente uma doença mental, um transtorno do comportamento ou, em alguns casos, um sintoma de uma doença subjacente, visavam a concentrar o tratamento no âmbito psiquiátrico, assim como em propósitos estatísticos e epidemiológicos. O modelo psicanalítico ressaltava o intrapsíquico, considerando a dependência de drogas como um sintoma de conflitos subjacentes, envolvendo também estruturas de personalidade

específicas. As definições comportamentais enfatizavam o ambiente como propulsor e mantenedor da dependência e os autores da área familiar ressaltavam as relações familiares e demais sistemas sociais como fatores relevantes na construção e manutenção da síndrome (Babor, 1994).

Enfim, as discussões destes conceitos possuem interesses diversos e um caráter político que acaba por fragmentar um fenômeno de “infinita” complexidade, deixando de considerar a visão do próprio ser humano sobre si, o qual tentam “explicar, compreender e definir”, isto é, os cientistas “esqueceram” de perguntar para o próprio dependente de drogas o que representaria para ele “ser” portador de uma “doença”, de uma “síndrome”, ou ser um “fenômeno” (termo usado atualmente por uma corrente de profissionais).

Analisando todos esses aspectos, ao me referir à dependência de drogas ao longo desta tese, considerá-la-ei como uma síndrome (segundo a descrição da décima revisão do Código Internacional de Doenças, CID – 10, 1993), uma vez que este termo amplia a noção de doença para aspectos psicológicos e sociais da questão. Porém, o paradigma sistêmico me permite agregar as relações familiares sem desconsiderar o significado do termo “síndrome”, a saber, a dependência de drogas, que além de ser uma síndrome também é um sintoma que comunica e denuncia as dificuldades inter-relacionais nos diversos sistemas nos quais o dependente está inserido (família e contextos sociocultural e histórico). Sudbrack (2001) expressa de maneira clara este pensamento ao asseverar:

O abuso de drogas é entendido como sintoma de comunicação que encontrará o seu sentido na vida relacional familiar. O usuário de drogas é definido enquanto membro portador do sintoma da família, pois através do seu comportamento sintomático, expressa o sofrimento coletivo do grupo familiar.

Portanto, quando me referir à dependência de drogas, estarei considerando também as seguintes questões:

- A multifatorialidade do termo. Este modelo foi descrito inicialmente por Reich (1981), e no estudo do alcoolismo (Cook e Gurling, 1994). A dependência de drogas, como referida anteriormente, influencia e é influenciada por diversos sistemas e, portanto, é fundamental considerar os fatores psicológicos, sociais, familiares, espirituais (crenças e valores do indivíduo e do contexto no qual está inserido), biológicos e políticos ao procurar defini-la e compreendê-la.
- A noção de processo e transitoriedade, isto é, a construção da dependência de drogas não é estática, podendo então ser desconstruída ao longo dos anos. Desta maneira, ao falar sobre o dependente de drogas, estarei me referindo a uma construção que pode ser desconstruída e ressignificada.

A relação do ser humano com as drogas não se resume à dependência, ao contrário, o número de dependentes na sociedade atual, apesar de relevante, é menor do que o de não dependentes. Assim sendo, no século XX, alguns autores e órgãos oficiais de saúde, como a OMS, estabeleceram critérios que caracterizam outros níveis de relação dos indivíduos com substâncias psicoativas.

O DSM IV, além da descrição do conceito de dependência de drogas, conforme citado, define o abuso de drogas como:

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. Pode haver um fracasso repetido em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel, uso repetido em situações nas quais isto apresenta perigo físico, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes. Esses problemas devem acontecer de maneira recorrente, durante o mesmo período de 12 meses. As diferenças dos critérios para dependência de substância são a não inclusão de tolerância, abstinência ou um padrão de uso compulsivo, incluindo, ao invés disso, apenas as consequências prejudiciais do uso repetido (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, 1994).

Esta conceituação é importante, pois envolve as pessoas que, apesar de terem problemas consequentes do uso de drogas, não apresentam um padrão característico de dependência.

A OMID (Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas) fornece em seu site as seguintes definições:

- **Uso experimental:** Corresponde aos primeiros poucos episódios infrequentes ou não persistentes de uso de uma droga específica (pode incluir tabaco ou álcool);
- **Uso recreativo:** Uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados;
- **Uso controlado:** Manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo;
- **Uso social:** Utilização de drogas psicoativas em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável.

Tais nomenclaturas são bastante abrangentes, englobando várias possibilidades de relações dos indivíduos com as drogas, porém são pouco precisas ao se utilizarem de termos, tais como “poucos episódios”, “uso em circunstâncias sociais ou relaxantes”, “uso regular”, “uso de maneira socialmente aceitável”.

Galduróz (2011, p.95) descreve as seguintes classificações estabelecidas pela OMS no que se refere à relação dos indivíduos quanto ao uso de drogas psicotrópicas, sob três importantes pontos de vista. Vou nomeá-los como MODELOS I, II e III apenas para diferenciá-los didaticamente:

**MODELO I**

- Não usuários: A pessoa que nunca fez uso de drogas psicotrópicas;
- Usuário leve: O indivíduo que fez uso de drogas psicotrópicas, porém não diária ou semanalmente no último mês;
- Usuário moderado: A pessoa que usou drogas semanalmente no último mês que antecedeu a consulta;
- Usuário pesado: O sujeito que fez uso de drogas psicotrópicas diariamente, no último mês.

**MODELO II**

- Uso na vida: Utilização de qualquer droga por um indivíduo ao menos uma vez na vida;
- Uso no ano: Uso de substâncias psicoativas por uma pessoa ao menos uma vez nos doze meses anteriores à consulta ou à pesquisa;
- Uso no mês: Utilização de substâncias psicoativas por uma pessoa, ao menos uma vez nos últimos 30 dias que antecederam à consulta ou pesquisa;
- Uso frequente: Uso de drogas por parte de um indivíduo, seis vezes ou mais nos últimos 30 dias;
- Uso pesado ou diário: Uso de drogas psicotrópicas por uma pessoa em vinte dias ou mais nos trinta dias que antecederam à consulta.

### MODELO III

- Uso de risco: Padrão de uso ocasional, repetido ou persistente, que apresenta alto risco de danos futuros à saúde, tanto física quanto mental do usuário, mas que ainda não causou efeitos mórbidos acentuados seja em termos orgânicos ou psicológicos;
- Uso prejudicial: Este tipo de padrão de consumo já provoca danos à saúde da pessoa, em termos físicos e/ou mentais;
- Uso indevido: Utilização da substância com propósito incompatível com as normas legais ou médicas.

Todos os modelos colaboram para nomear mais claramente os diversos padrões de uso de drogas, porém os dois primeiros ressaltam a frequência de uso, estabelecendo assim uma definição mais quantitativa, sendo que o terceiro permite uma análise mais qualitativa, uma vez que se refere às consequências e ao contexto (normas legais ou médicas vigentes) no qual a relação se estabelece.

Seibel e Toscano Jr. (2000, pp. 3 e 4) citam as seguintes nomenclaturas:

- Uso arriscado: Define-se pela utilização de substância psicoativa que aumenta o risco de consequências prejudiciais ao indivíduo;
- Uso de múltiplas drogas: É o consumo de mais de uma droga ou classe de drogas, muitas vezes ao mesmo tempo ou sequencial e normalmente com a intenção de intensificar, potencializar ou neutralizar os efeitos de outras drogas;
- Uso disfuncional: É o uso de substâncias psicoativas causando prejuízo em funções psicológicas ou sociais, como perda de emprego ou conflitos conjugais;
- Uso experimental: É o uso de substâncias psicoativas, em geral restrito a poucos episódios, em geral, de uma droga específica;

- Uso nocivo: É quando o padrão de uso de substância psicoativa está causando dano à saúde. Tal dano pode ser físico ou mental;
- Uso recreativo: É o uso de uma substância psicoativa, em geral ilícito, em circunstâncias social ou relaxante, sem dependência ou outro transtorno;
- Uso social: É o uso de substâncias psicoativas em companhia de outras pessoas, frequentemente utilizado de forma imprecisa como indicação de um padrão de beber problemático.

Tais caracterizações são relevantes, não para rotular de maneira inflexível as relações dos seres humanos com as drogas, mas para ressaltar as diversas nuances de padrões inter-relacionais entre sujeito e substância, saindo do maniqueísmo dependente/ não dependente. Ao longo deste trabalho basear-me-ei nos conceitos e critérios definidos pela OMS por acreditar que, no momento, se adaptam mais às realidades contextuais atuais das vivências clínicas e das pesquisas no mundo ocidental.

Outro conceito construído também no século XX, tão importante quanto os relacionados aos padrões de uso de drogas, é o de codependência.

Silva (2011) fez uma revisão deste conceito, possibilitando o esclarecimento das origens do termo, assim como suas diversas denominações ao longo dos anos. Na década de 30, assistentes sociais de instituições que tratavam de dependentes de álcool, ao atender as esposas destes pacientes verificaram alguns padrões de funcionamento que se repetiam em todas as entrevistadas. Elas apresentavam um intenso vínculo e preocupação com seus maridos e níveis altos de ansiedade, angústia e depressão. Nas décadas de 40 e 50, o conceito foi se estruturando a partir das pesquisas direcionadas às esposas dos alcoolistas. Além deste movimento, ocorria em paralelo a estruturação dos grupos de Alcoólicos Anônimos (grupo de ajuda mútua direcionado a alcoolistas) e de Al Anon (grupo de ajuda mútua direcionado aos familiares e amigos dos alcoolistas – predominantemente às esposas), que colaboravam tanto com a

recuperação dos dependentes de álcool quanto com as estratégias de relações e convivência de seus familiares. Neste cenário, o termo codependência historicamente foi associado às esposas de alcoolistas. Na década de 70 este conceito foi ampliado, envolvendo não apenas o funcionamento das relações com os dependentes de drogas, mas também outras relações disfuncionais que pressupunham dependência e indiferenciação.

Wegsheider, em 1981, introduziu o conceito de codependência como uma obsessão familiar sobre o comportamento e bem-estar do dependente, em que o eixo da organização familiar passa a ser o controle do consumo alcoólico (Zampieri, 2004).

Humberg e Cohen (1980) fizeram uma revisão nas visões dos diversos autores sobre a codependência.

- Gordon; Barrett (1993) ressaltam que a codependência era considerada como uma anomalia de “policiamento compulsivo”;
- Esterly; Neely (1997) descrevem padrões de funcionamento comuns entre os codependentes que são observados mesmo quando não se relacionam com dependentes de drogas (baixa autoestima, desejo de ser necessário, grande tolerância para o sofrimento e necessidade de controlar e mudar os outros). Estas observações colaboram para minimizar a responsabilidade do dependente de drogas sobre as dificuldades do codependente e quebra a relação linear de causa e efeito (o dependente de drogas deixa de ser o causador da codependência do outro). Porém “enquadra” a pessoa considerada codependente em um quadro diagnóstico com características específicas de personalidade, ignorando os movimentos inter-relacionais do fenômeno;
- Frank; Golden (1992) contribuem com a compreensão das possíveis origens da codependência nas relações primárias infantis, afirmando que muitos codependentes são filhos de pais negligentes, abusadores ou dependentes. Apesar de estes autores terem contribuído bastante

com para construção deste conceito, introduzindo as relações parentais na família de origem, “correram o risco” de ver prevalecer um pensamento linear de causa e efeito;

- Potter-Efron; Potter-Efron (1989) colaboram para ampliar a visão da codependência, considerando que outras circunstâncias familiares poderiam produzir padrões similares, particularmente famílias com problemas crônicos negados, como incesto e doenças mentais e sociais.

Neste trabalho, Humberg e Cohen (1980) fazem uma análise interessante da codependência, apresentando-a como uma forma de dependência, visto que o codependente, além das dificuldades inter-relacionais e afetivas, apresenta comportamentos compulsivos, e muitos dependentes de drogas em recuperação podem apresentar comportamentos codependentes, escolhendo inconscientemente parceiros que os possibilitem a repetir o padrão de uma relação de dependência.

Zampieri (2004) conceitua codependência como “pessoa que convive de forma direta com alguém que apresenta uma dependência de drogas, em especial de álcool. E, por extensão, as pessoas que por qualquer outro motivo crônico viveram uma prolongada relação parentalizada na família de origem, assumindo precocemente responsabilidades inadequadas para a idade e o contexto cultural. Caracteriza-se essa codependência por um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, a fim de sobreviverem ao se encontrarem sob grande estresse ou intensa e prolongada dor.

A construção do conceito de codependência foi muito importante no processo de compreensão do fenômeno da dependência de drogas, já que passou a considerar a família como fazendo parte do processo, descentralizando-se do dependente e se expandindo para o sistema familiar como um todo. Mas a tentativa de caracterizar a codependência como uma doença, definindo as suas origens nas relações familiares primárias, levou os autores a terem uma visão linear da questão.

A codependência é uma forma de dependência (Humberg e Cohen, 1980) que se constrói na relação e não é “privilégio” apenas do familiar do dependente de drogas. O dependente de drogas e o codependente estão em relação e se retroalimentam mantendo os padrões de funcionamento. Não são quadros clínicos estáticos, podendo ocorrer ao mesmo tempo, com as mesmas pessoas protagonizando ambos os funcionamentos. Um dependente de drogas pode ser dependente de drogas e estabelecer relações de codependência com membros do sistema familiar ou de sua rede social, assim como, um codependente pode estabelecer movimentos compulsivos direcionados à comida, ao trabalho, ou até mesmo à dependência de drogas (ex.: remédios para dormir).

Apesar das vantagens ocorridas com a criação do termo codependência e de ainda hoje ser comumente utilizado na prática clínica, do ponto de vista sistêmico não cabe considerá-lo, pois “patologiza”, cristaliza e restringe no intrapsíquico um fenômeno que se constrói no sistema familiar. Silva (2011) ressalta que as abordagens sistêmica e psicossocial acreditam que o termo codependência rotula a mulher (principalmente as esposas ou parentes de dependentes de drogas) e “patologiza” um funcionamento inter-relacional complementar em que ambos os movimentos do “cuidador” e do “cuidado” se retroalimentam e têm uma função no sistema. A mesma sociedade que cultua na mulher o papel de cuidadora é a que a “aprisiona” em um diagnóstico no momento em que ela passa a cuidar do dependente de drogas.

O olhar sistêmico considera, portanto, que a família se organiza em torno da dependência, estabelecendo um processo de circularidade em que as suas inter-relações se retroalimentam, influenciando-se mutuamente, mantendo um movimento de múltiplas dependências. Assim sendo, este termo não será utilizado neste trabalho, para não caracterizar como um quadro clínico em si o funcionamento familiar em que as atitudes de dependência (seja de drogas, pessoas, comida, etc.) impactam nas inter-relações de tal maneira que perpetuam este padrão ao longo de gerações.

É fundamental que outros conceitos igualmente construídos no século XX sejam esclarecidos, porquanto fazem parte ou colaboram para a compreensão do fenômeno da dependência de drogas. São eles:

- Síndrome de Abstinência: este termo se refere a “um conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável; ocorrem quando há uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado” (Classificação Internacional das Doenças – décima versão – CID – 10,1993);
- Tolerância: pode ser definida como a necessidade de uma dose maior de uma determinada droga psicoativa para obter certo nível de efeitos no indivíduo que executou uma ingestão anterior da mesma substância, se comparado à dose necessária para se obter o efeito com uma exposição inicial a ela (Grant et al., in Edwards et al., 1994);
- Compulsão: vem do latim *compulsare*, que significa obrigar, ou “compulsos”, que significa impulsionar. A origem da palavra caracteriza bem o movimento compulsivo como uma força que “impulsiona” e “obriga” o indivíduo em direção ao uso de drogas sem controle. Segundo o pensamento psicanalítico, “compulsão é uma conduta incoercível, na qual a vontade revela-se como impotente e a liberdade aparece como ilusão; são comportamentos que sem razão aparente convertem-se de atividades prazerosas, comedidas ou necessárias, a imperativos tenazmente irrefreáveis, acima de qualquer grau de razoabilidade ou bom-senso” (Almeida, 2004);
- Recaída: segundo Marlatt e Gordon (1993), recaída vem do latim *relabi*, que significa “deslizar ou cair para trás”. Tal significado é interessante, pois deslizar ou cair para trás, apesar de conotar retrocesso, não pressupõe estagnação, ou seja, uma pessoa que cai para trás não significa, necessariamente, que nunca mais irá andar. Apesar de uma das definições de recaídas relatadas no Webster’s New Collegiate Dictionary (1983) ser fatalista: “Recaída é o ato ou situação de reverter, piorar ou sucumbir”, estes mesmos autores conseguem redefinir o

conceito conotando positivamente a recaída, apresentando-a como parte do processo de mudança. Desta maneira, a recaída para eles é vista como “*um processo transicional, como uma série de eventos que podem ou não ser seguidos por um retorno aos níveis básicos do comportamento-alvo*”.

Vale ressaltar que tanto a síndrome de abstinência quanto a compulsão, a tolerância e a recaída não se manifestam igualmente em todos os indivíduos, pois dependem do contexto, de questões de gênero, das inter-relações entre os diversos sistemas envolvidos no problema, das características físicas e psicológicas de cada um, bem como do momento histórico de vida e sociocultural. Enfim, o objetivo de revisitar a história e a evolução dos conceitos relacionados às questões que envolvem a dependência de drogas não tem a função de enquadramento e generalização, mas sim de estabelecer uma narrativa que possibilite a construção dos significados colaborativos na compreensão dos fenômenos em um determinado contexto e tempo.

### **3.2 Epidemiologia e Prevenção**

Após o percurso percorrido da evolução dos conceitos existentes no fenômeno da dependência de drogas, é importante utilizar uma lente que permita visualizar quantitativamente o panorama do uso de drogas no Brasil e no mundo. Ademais, faz-se necessário identificar que movimentos preventivos vêm ocorrendo na sociedade, uma vez que tanto a construção quanto a desconstrução da dependência de drogas em um sistema familiar estão relacionadas aos diversos contextos sócio-históricos e culturais, envolvendo ações preventivas e indutivas.

O termo epidemiologia vem do grego *epideméion*, que quer dizer “aquele que visita”; *epí* representa “sobre”; *demós*, “povo”, e *logos* significa “palavra”,

“discurso”, “estudo”. Assim sendo, epidemiologia é a ciência que estuda o que ocorre com o povo (Galduroz, 2006).

Noto (1998, p.1) recorre à definição de Beaglehole et al. (1994) ao declarar que epidemiologia é “O estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos à saúde de uma população, tendo como objetivo traçar um perfil mais realista da situação vivida pela população, possibilitando um direcionamento mais adequado das políticas públicas.”

No que se refere à questão das drogas, a epidemiologia permite ao indivíduo olhar mais racionalmente para o fenômeno, a fim de não reproduzir os discursos emocionais e alarmistas em relação a determinadas drogas e padrões de uso, como fazem alguns sistemas de comunicação. Compreender quais são as drogas mais utilizadas, suas principais consequências e seus padrões de uso em determinadas populações com características específicas (idade, gênero, nível sociocultural, etc.), são alguns dos dados relevantes levantados nos estudos epidemiológicos. As definições destes cenários norteiam ações preventivas importantes direcionadas aos contextos e públicos estudados.

No mundo, cerca de 4,7% a 5% das pessoas com idades de 12 a 65 anos fizeram uso de alguma substância psicoativa pelo menos uma vez, nos últimos doze meses. Esta porcentagem corresponde a 208 milhões de pessoas, sendo que a prevalência de dependentes de drogas é de 0,6% desta população (UNDOC, 2006)

Um estudo realizado com estudantes universitários em 27 capitais brasileiras expressa um panorama nacional preocupante, pois os resultados demonstraram que 89% dos universitários já usaram drogas na vida, sendo que 86% fizeram uso de álcool, 47% utilizaram tabaco e 50% usaram pelo menos uma droga ilícita (Andrade, 2010).

O álcool e o tabaco são as drogas mais usadas. Cerca de 1,2 bilhão de pessoas são fumantes no mundo e estima-se que 90% dos adultos no Ocidente consomem bebidas alcoólicas (Galduróz, 2006; Gouveia et al., 2011). Estas drogas além de serem as mais usadas, geram consequências nefastas para a

saúde pública. No caso do álcool, estudos internacionais mostram que em cerca de 15% a 66% de todos os homicídios e agressões sérias, o agressor, a vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas. O consumo desta mesma droga também aparece em cerca de 13% a 50% dos casos de estupro e atentados ao pudor (Laranjeira, Duailibi, Pinsky, 2005).

No Brasil as estatísticas demonstram um cenário tão alarmante quanto esse, em que 91% das internações hospitalares por dependência estavam relacionadas a bebidas alcoólicas; 70% dos laudos feitos pelo IML das mortes violentas detectavam a presença de álcool nos cadáveres; 27,2% das vítimas por acidentes de trânsito apresentaram um índice de alcoolemia superior a 0,6g/l (limite máximo permitido pela legislação brasileira) e 52% dos casos de violência doméstica estão ligados ao álcool (Galduróz, 2006; Carlini et al., 2001).

Em relação ao tabaco, o impacto do tabagismo na saúde pública é também preocupante, pois esta droga é responsável pela morte de 6 milhões de pessoas por ano no mundo. No Brasil, cerca de 200 mil pessoas morrem anualmente em decorrência do cigarro e o tabagismo é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão, 80% dos enfisemas pulmonares, 25% dos infartos de miocárdio e 40% dos derrames cerebrais (INCA, 2004).

Ao correlacionar o uso de álcool com especificidades populacionais como faixa etária e gênero, observa-se que 75% dos estudantes entre 13 e 18 anos, pesquisados nos últimos levantamentos realizados pelo CEBRID, já haviam usado bebidas alcoólicas (muito à frente do tabaco que, no caso, era a segunda droga mais usada). Quanto ao padrão e início do uso, 28,9% já se embriagaram e 60% dos alunos na faixa etária entre 10 e 12 anos já haviam bebido. 28,6% usaram pela primeira vez em casa, sendo que em 21,8% os pais ofereceram e em 23,81% dos casos, a bebida foi oferecida por amigos. Após beber, 11% já brigaram e 19,5% faltaram à escola. Dos estudantes que fizeram uso experimental do álcool, 10% passaram a utilizá-lo diariamente e destes, 96,1% apresentaram defasagem escolar. Mantendo o foco nesta população, 10,7% eram da classe social A, 9,1% da B, 7,6 da C e 6,8% da D; 38,5% se envolveram em

brigas após beber e 33,5% faltaram às aulas. Outro importante fato relatado por estes adolescentes foi que 68,4% dos pais bebiam muito (Galduróz, Noto, 2000).

Em relação à questão de gênero, o 1º levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas, entre universitários das 27 capitais brasileiras, demonstrou que o padrão de uso de álcool entre mulheres e homens está de 1:1, ou seja, as jovens universitárias brasileiras estão bebendo mais, a ponto de se igualarem com o padrão de ingestão masculino desta população (Andrade et al., 2010).

Ao comparar os levantamentos domiciliares de 2001 e 2005 sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, fica claro o aumento no número de dependentes de álcool tanto no universo masculino quanto no feminino (Carlini et al., 2005). A população feminina, além de ter aumentado a ingestão de álcool, permaneceu usando predominantemente as outras drogas lícitas, tais como barbitúricos, estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos, xaropes, e os opiáceos (Carlini et al., 2005).

Estes e outros estudos epidemiológicos retratam o “verdadeiro” cenário em relação às drogas lícitas, deixando claro quanto os meios de comunicação e outros sistemas socioculturais e históricos banalizam o impacto do uso destas substâncias na saúde pública e direcionam o foco das preocupações para as drogas ilícitas.

Não estou pretendendo traçar o caminho oposto àquele que acabo de criticar, isto é, não quero valorizar o problema das drogas lícitas em detrimento das ilícitas; apenas acredito ser necessário construir um olhar menos parcial, de tal maneira que se estabeleçam reais prioridades, critérios e estratégias em relação às políticas públicas direcionadas a este tema. As ações preventivas e de tratamento não devem se basear em discursos alarmistas, emocionais e preconceituosos, que não retratam nem “transformam construtivamente” o panorama vigente do fenômeno das drogas na sociedade atual.

Dando prosseguimento ao retrato global do uso de drogas psicoativas, cabe ressaltar que além do álcool e do tabaco, a maconha é outra substância que

tem sido muito usada. O 1º levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras demonstra que 58% dos jovens entrevistados fez uso de duas ou mais substâncias psicoativas na vida, sendo o cigarro, a maconha e o álcool as mais usadas nos últimos doze meses. Apenas 11,2% desta população não fez uso de álcool e outras drogas ao longo da vida e 30,7% fez uso de apenas uma substância psicoativa (Andrade et al., 2010).

A maconha é a droga ilícita mais utilizada no mundo. Aproximadamente 162,8 milhões de pessoas usaram a droga pelo menos uma vez em 2004, o que equivale a cerca de 2,7% da população mundial e 3,9% da população entre 15-64 anos (OMS, 2004). No Brasil, o uso da maconha aumentou e hoje é a terceira droga mais usada entre os estudantes brasileiros, e se comparada às drogas ilícitas, passa a ser a primeira (Andrade et al., 2010; Carlini et al., 2005).

Não obstante o aumento do uso da maconha, os solventes permanecem sendo a droga mais usada (depois do álcool e do tabaco) nas populações específicas de estudantes brasileiros do ensino médio e das crianças e adolescentes moradores de rua. 18% dos estudantes do ensino médio e 44% das crianças e adolescentes moradores de rua apresentaram o uso desta substância, superando as estatísticas de 24 países do mundo ocidental (Galduroz, 2006).

Ao considerar os estudantes universitários, este panorama se modifica, permanecendo a maconha em terceiro lugar como a droga mais usada, seguida pelos anfetamínicos, e posteriormente por tranquilizantes e ansiolíticos (Andrade et al., 2010).

O quadro abaixo, do 1º levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras, oferece um panorama geral do uso de drogas nesta população:

Quadro 1: 1º levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras

<b>Substância Psicotrópica Medida de uso</b>	<b>Uso na vida %</b>	<b>Uso nos últimos 12 meses (%)</b>	<b>Uso nos últimos 30 dias (%)</b>
Álcool	86,2	72	60
Produtos de tabaco	46,7	27,8	21,6
Uso de drogas ilícitas	48,47	35,8	25,9
Maconha/haxixe/skank	26,1	13,8	9,1
Inalantes e solventes	20,4	6,5	2,9
Cocaína (pó)	7,7	3	1,8
Merla	0,8	0,1	0,1
<i>Crack</i>	1,2	0,2	0,2
Alucinógenos	7,6	4,5	2,8
Cetamina®	0,8	0,6	0,6
Chá de Ayahuasca	1,4	0,9	0,2
Ecstasy	7,5	3,1	1,9
Esteroides anabolizantes	3,8	0,9	0,5
Tranquilizantes e ansiolíticos	12,4	8,4	5,8
Sedativos ou barbitúricos	1,7	1,1	0,9
Analgésicos opiáceos	5,5	3,8	2
Xaropes à base de codeína	2,7	1	0,7
Anticolinérgicos	1,2	0,6	0,4
Heroína	0,2	0,1	0
Anfetamínicos	13,8	10,5	8,7
Drogas sintéticas	2,2	1,1	0,8

Fonte: Andrade, 2010, p. 49.

Estes dados impulsionam a refletir sobre a prevenção do uso, abuso e dependência de drogas, uma vez que as ações desenvolvidas até a presente data não colaboraram suficientemente para a redução dos números acima citados. O Brasil, se comparado com as estatísticas mundiais, não apresenta a situação mais alarmante, porém o agravamento do fenômeno é visível e a relevância do

direcionamento das ações preventivas à população geral, envolvendo os jovens e impreterivelmente as drogas lícitas, torna-se fundamental.

O termo prevenção está relacionado aos esforços para não possibilitar e permitir o aparecimento de uma doença ou reduzir a incidência e o seu agravamento. Significa precaver, chegar antes, evitar os danos, prever e não apenas impedir (Büchele et al., 2009; Cartana et al., 2004). Ao falar do uso, abuso e dependência de drogas, há que se considerar três níveis de prevenção: a universal (ações direcionadas à população geral visando a reforçar os fatores de proteção); a seletiva (direcionada a uma população considerada “propensa” ao uso de drogas, objetivando minimizar os fatores de risco identificados), e a prevenção indicada (focada nas pessoas que apresentam sinais de abuso de uma ou mais substâncias psicoativas, com o objetivo de evitar o agravamento do uso ou a sua manutenção, assim como pretende reduzir os possíveis danos consequentes da relação do indivíduo com a droga). Vale ressaltar que a prevenção direcionada à questão da relação do ser humano com as drogas deve ser vista na sua amplitude, considerando a pluralidade do fenômeno, envolvendo de maneira integrada e continuada os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos, familiares, psicológicos e biológicos.

As intervenções preventivas podem ser direcionadas à redução da oferta ou da demanda. Ambas são necessárias e devem ocorrer simultaneamente enfocando ações em diversas micro e macrodimensões, que se entrelaçam envolvendo desde o indivíduo, a família, a escola, clubes, comunidades, municípios, cidades, estados e países.

Conhecer as características da população a ser trabalhada e o contexto no qual está inserida colabora para o desenvolvimento de atitudes mais eficazes de prevenção, vale dizer, importar “modelos prontos” de prevenção e inseri-los em outras realidades, sem as adaptações necessárias, peculiares a cada contexto, dificilmente alcançará os resultados esperados e as metas propostas. Assim, é necessário identificar os fatores de risco e de proteção dos sistemas que participarão das políticas e ações preventivas.

Entendo por fatores de risco a exposição a uma ou mais situações, que podem gerar perdas ou ferimentos psicológicos, físicos ou materiais, a partir da livre e consciente decisão, visando à realização de um bem ou um desejo. Já os fatores de proteção referem-se a oferecer as condições necessárias, envolvendo amparo e fortalecimento para o crescimento e desenvolvimento de uma pessoa (Schenker e Minayo, 2005). Outra definição igualmente relevante refere-se aos fatores de risco, como propriedades e/ou aspectos dos indivíduos e do contexto ou situações que colaboram para o uso, abuso ou dependência de drogas, e aos fatores de proteção, como sendo os mesmos aspectos (individuais, ambientais e situacionais) que inibem, reduzem ou atenuam a probabilidade do uso, do abuso ou da dependência de drogas e suas consequências (Cartana et al., 2004).

Estas visões não podem ser interpretadas de maneira estática, ou seja, acreditar que tais fatores são linearmente deterministas, desconectados uns dos outros, gerais, definitivos e negativos ou positivos para todos. Paradoxalmente os fatores de risco podem fazer parte do crescimento “saudável” de uma determinada população em um determinado período da vida como, por exemplo, o uso de uma droga lícita representar um ritual de passagem do adolescente para a vida adulta, ou como processo da construção de uma identidade própria e de diferenciação parental. Porém, de maneira geral, os autores separam didaticamente tais fatores, facilitando a compreensão do fenômeno da dependência de drogas para a melhor definição dos programas de prevenção a serem construídos e implantados.

Desta maneira, os fatores de risco são diversos e estão relacionados às várias instâncias, tais como:

Aspectos individuais: é comum observar nas pessoas que estabelecem relações de dependência com substâncias psicoativas, uma imaturidade emocional, comprometendo o enfrentamento das vicissitudes da vida. Muitos dependentes de drogas relatam uma dificuldade de lidarem com frustrações, limites, regras e normas. Sentem-se inseguros, impacientes, imediatistas, impulsivos, inadequados e inferiores nas relações interpessoais. Expressam problemas quanto à aceitação do “não” (como interdição), bem como de ouvir e perceber a si e ao outro, e em assumir responsabilidades. A vida se apresenta de maneira ameaçadora e insuportável. O dependente de drogas percebe-se incapaz de

transformar a realidade, optando assim pela mudança da percepção da mesma. A droga passa a ser uma forma de “lidar” com tais dificuldades, na medida em que paradoxalmente gera no indivíduo sentimentos de onipotência diante de tanta impotência frente à sua existência. Muitos são os casos de comorbidades (depressão, transtorno bipolar, etc.) em que o dependente de drogas usa a substância química como automedicação para sentir-se melhor (Kalina et al., 1999). Todos estes movimentos do indivíduo são considerados de risco para o estabelecimento de relações perigosas com as substâncias psicoativas. Além disso, alguns autores ressaltam que o uso de drogas em idade precoce, fatores genéticos, alimentação pouco saudável, a prática de esportes inadequada e atitudes sexuais perigosas à saúde, acidentes e violência são comportamentos considerados de risco que podem colaborar para o abuso e a dependência de drogas (Schenker e Minayo, 2005; Cartana et al., 2004).

Funcionamento familiar: muitos autores falam sobre a importância das relações parentais e das características dos movimentos no sistema familiar que colaboram para o uso, abuso ou dependência de drogas. A dependência de drogas ou outras compulsões intergeracionais (como, por exemplo: jogo, trabalho, comida e sexo), a tolerância e permissividade dos pais em relação ao uso de drogas dos filhos, violência doméstica, abuso sexual, conflitos familiares, pais presentes fisicamente e ausentes emocionalmente, práticas educacionais inadequadas dos pais em relação aos filhos (ex.: permissividade ou autoritarismo, inconsistência e contradições constantes nas diretrizes, regras, normas e valores, falta de limites e diálogo, etc.), falta de percepção das necessidades, superproteção ou abandono dos pais em relação aos filhos são fatores de risco que devem ser considerados na elaboração dos programas preventivos (Büchele et al., 2009; Broecker e Jou, 2007; Silva et al., 2006; Silva, 2011; Schenker e Minayo, 2005; Cartana et al., 2004).

Quanto aos aspectos educacionais, sociais, culturais, econômicos e históricos, é certo que o mundo ocidental vive uma ambivalência constante em relação às drogas, pois por um lado critica o uso de substâncias psicoativas ilícitas, e ao mesmo tempo incentiva o uso de drogas lícitas; ressalta para as crianças, adolescentes e jovens adultos a importância de não se destruírem e de serem honestos, porém diariamente as notícias mostram um planeta destrutivo, violento e repleto de ações políticas corruptas e mentirosas.

Os movimentos sociais contraditórios também invadem a saúde. No Brasil, muitos são os incentivos a uma alimentação saudável e a importância dos cuidados com o corpo, ao mesmo tempo em que o País mal consegue oferecer saneamento básico e condições gerais de moradia e sobrevivência dignas. A facilidade da oferta de álcool e outras drogas, o estímulo dos veículos de comunicação em relação ao seu uso (principalmente direcionados às drogas lícitas), juntamente com a desorganização social são fatores sociais que colaboram para a disseminação do abuso das substâncias psicoativas. Somam-se a este panorama: o assédio para o uso de drogas e a violência nas escolas, a falta de motivação para o estudo, o absenteísmo e o mau desempenho escolar e estruturas precárias de educação (desde o corpo docente malformado até a estrutura física do ambiente escolar), que também podem ser considerados terrenos férteis para o uso, abuso e dependência de drogas.

Alguns autores ressaltam, além dos fatores citados, a importância dos grupos de amigos na iniciação, manutenção e/ou agravamento do uso de drogas entre adolescentes. Vale ressaltar que tal aspecto está relacionado aos colegas, com os quais o próprio adolescente se identifica, mas não se deve isentar a família e o jovem da responsabilidade de tal escolha (Büchele et al., 2009; Broecker e Jou, 2007; Silva et al., 2006; Schenker e Minayo, 2005; Cartana et al., 2004).

Diante de tantas questões que se influenciam mutuamente, pensar em ações preventivas requer abarcar esta complexidade, focando como estratégia a promoção da saúde.

Büchele et al. (2009, p. 268) explicam a promoção da saúde de maneira bem esclarecedora:

(...) a promoção da saúde é entendida enquanto processo, no qual indivíduos, comunidades e redes sociais compartilham seus conhecimentos com objetivos de juntos encontrarem melhores condições de saúde numa contínua procura de direitos e de cidadania. Ela pretende trabalhar com o desenvolvimento, com a participação e com a interação do ser humano no seu meio social, econômico, cultural, interagindo com as diversas instâncias nos diferentes níveis, como uma possibilidade

concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde, considerando a realidade objetiva da sociedade globalizada. É associada a um conjunto de valores, tais como vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: do Estado buscando políticas públicas saudáveis, da comunidade nas ações comunitárias; dos indivíduos na busca de suas habilidades; do sistema de saúde reorientando-o, bem como de parcerias intersetoriais, com responsabilidade múltipla. Pretende ser um novo modo de compreender a saúde e a doença e um novo modo dos indivíduos e das coletividades obterem saúde. É uma estratégia de articulação de produção de saúde no modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Tal perspectiva de trabalho, além de ser uma construção conjunta entre a sociedade como um todo, possibilita um sentimento de corresponsabilidade nas ações e incentiva a integração e complementaridade entre os diversos sistemas envolvidos. Afora isso, estabelece a noção de processo e, portanto, um trabalho continuado, sem focar-se exclusivamente no tema drogas, mas principalmente nos aspectos amplos e fundamentais dos fatores de proteção que visam à diminuição da demanda.

As autoras trazem as seis principais abordagens de prevenção do uso, abuso e dependência de drogas no Brasil, definidas pelas instâncias oficiais brasileiras (Ministério da Educação, através da Secretaria de Projetos Educacionais Especiais, 1990):

1. Enfoque do princípio moral: apelam à condenação do uso de drogas em função de pressupostos religiosos, morais ou éticos. Invocam valores como patriotismo ou sacrifício pelo bem comum;
2. Amedrontamento: baseia-se em campanhas informativas sobre os aspectos negativos das drogas, e com o intuito de persuadir os jovens a evitá-las. Inspirada na “pedagogia do terror”, é a mais comumente utilizada na atualidade; mostra-se pouco eficaz por não mobilizar a juventude no sentido desejado e por ter pouca credibilidade em face da experiência com drogas no cotidiano;

3. Conhecimento científico: proposto em oposição ao amedrontamento, transmitindo informações de modo imparcial e objetivo para que o educando possa tomar decisões racionais sobre o uso ou não de drogas. Porém, avaliações dizem que o aumento do conhecimento sobre drogas não se traduz automaticamente em uma diminuição do consumo, pois, em si, não muda as atitudes perante as drogas. Este modelo, não obstante, é utilizado para auxiliar o programa educativo mais amplo;
4. Educação afetiva: visa a modificar os fatores de personalidade que podem predispor ao uso de drogas. Com técnicas apropriadas, propõe desenvolver a autoestima, a capacidade de lidar com tensões, frustrações e angústias, a habilidade de decidir e interagir em grupo, a comunicação verbal e expressão não verbal e a capacidade de resistir a pressões. As avaliações destacam a dificuldade de implementar tais programas nas escolas, por eles exigirem treinamentos especiais dos profissionais e disposição interna para acatar mudanças pedagógicas e de comportamento;
5. Pressão positiva do grupo: tenta mobilizar líderes naturais dos jovens para que assumam atitudes antidrogas nas atividades corriqueiras das diversas faixas etárias. Espera-se, deste modo, que a coesão afetiva dos próprios jovens forme organizações de solidariedade e autoajuda, afastando as drogas da convivência cotidiana ou, ao menos, desestimulando seu uso;
6. Qualidade de vida: pretende promover estilos de vida saudáveis para barrar a procura por drogas. Adota um enfoque ecológico-ambiental e humano, no qual as drogas são discutidas sob o aspecto de agressores a uma vida saudável, tais como poluição, barulho, trânsito, violência, miséria, desemprego, injustiça social, entre outros. As experiências que abordam a questão da droga de forma integral tendem a ser ações mais articuladas, resgatando a cidadania individual e comunitária, bem como aspectos emergidos com o desenvolvimento dos trabalhos.

Além destes modelos de prevenção, um grupo de profissionais se reuniu para definir um consenso em relação à implantação de políticas públicas direcionadas às bebidas alcoólicas, que colaboram com a prevenção, como informam Laranjeira e Romano (2004):

- Taxação de impostos sobre a bebida;
- Contenção da disponibilidade do álcool (ex.: definindo dias e horários de funcionamento dos estabelecimentos que fornecem bebidas alcoólicas, controle da densidade de pontos de venda, de idade para a compra de bebidas alcoólicas, leis de zoneamento urbano, etc.);
- A implantação de sistema de licenças para a venda de bebidas alcoólicas;
- Proibição de conduzir automóveis sob o efeito do álcool;
- Restrição da propaganda de bebidas alcoólicas;
- Campanhas de conscientização.

Todas estas medidas exigem “vontade” dos governantes e movimentação da população para serem implantadas de maneira eficaz, no entanto, muitos são os interesses políticos, econômicos, sociais, e até mesmo individuais que restringem tais ações. A comunidade precisa se corresponsabilizar por este panorama cada vez mais insalubre de sua relação com as drogas e se conscientizar das possibilidades de transformação de tal quadro.

Nesta tese, fica evidente o impacto tanto positivo quanto negativo destes contextos no desenvolvimento da dependência de drogas, na medida em que os sujeitos entrevistados relataram vários dos aspectos já citados anteriormente, como colaborativos com a construção e com a desconstrução da própria dependência. Todos passaram por vários fatores individuais, familiares, biológicos e sociais, corroborando assim os diversos estudos desenvolvidos sobre

o assunto, reforçando as estratégias de promoção da saúde na prevenção do uso, abuso e dependência de drogas.

A despeito de estas ações no Brasil ainda estarem insipientes (Silva et al., 2006), vale ressaltar que alguns profissionais da área já se movimentam para o estabelecimento de políticas públicas e ações gerais de prevenção junto às comunidades e às instituições públicas e particulares, no entanto, pouca interação ocorre entre si, seja por desconhecimento, divergências teóricas, ou simplesmente por falta de tempo e interesse. A construção de trabalhos em rede e o estabelecimento de parcerias que se complementam colaborariam significativamente para o crescimento geral e o sucesso dos programas de prevenção neste País.

Enfim, pensar em prevenir o uso, abuso e dependência de drogas envolve “mergulhar” em uma complexidade de fatores que se inter-relacionam e se retroalimentam constantemente na manutenção de um funcionamento multifatorial, inúmeras vezes paradoxal, contraditório e incoerente. Assim, acreditar que medidas singulares, desconectadas, pontuais e simplistas resolverão a questão representa um pensamento ingenuamente reducionista, equivocado e inócuo ante a amplitude de tal fenômeno. Há que se desenvolver projetos que contemplem todos os aspectos acima citados de maneira integrada e contínua, envolvendo instituições públicas e particulares e representantes da sociedade como um todo, formando equipes transdisciplinares que construam um conjunto de ações multidimensionais, abrangentes e transformadoras, que possibilitem mudanças paradigmáticas inter-relacionais, sociais, políticas, culturais e históricas.

### **3.3 Família e Dependência de Drogas**

A palavra família tem a sua origem no latim *famulus*, que significa o conjunto de servos e dependentes (filhos e esposa) de um chefe ou senhor. O termo se ajusta à família greco-romana, que se compunha do patriarca e dos seus

*famulus* (Prado, 1981). Apesar de o termo família ser usado até hoje, a sua estrutura, dinâmica e definição modificou-se significativamente. Desde a Idade Média até a pós-modernidade, muitas foram as composições deste sistema, que variaram desde um funcionamento extremamente aberto direcionado ao social até o individualismo nuclear da família atual. A vida medieval era vivida em público, não havendo praticamente nenhuma intimidade e nem fronteiras definidas, isto é, crianças, adultos e servos se misturavam no convívio, sendo que comunidade e família pareciam uma célula uníssona e indiscriminada. Apenas a partir do século XVIII o núcleo familiar ocidental passou a assumir uma identidade patriarcal e a preponderar a força social, dando espaço ao individualismo da atualidade (Ariès, 1978). Esta família moderna caracteriza-se por valorizar a monogamia, a construção dos vínculos amorosos, a escolha do parceiro e a criança (Silva, 2011).

Apesar das semelhanças quanto ao distanciamento entre a vida familiar e a comunitária, assim como as características acima citadas, a família ocidental no final do século XX e início do XXI tem passado por intensas transformações, desconstruindo o modelo patriarcal para dar espaço a uma extensa diversidade de composições, funcionamentos e papéis. A conquista do espaço feminino no mercado de trabalho e o surgimento dos anticoncepcionais proporcionaram às mulheres uma maior independência, autonomia e liberdade (inclusive sexual).

Assim sendo, as crianças passaram a frequentar cada vez mais cedo a escola, o que também lhes possibilitou um maior movimento direcionado à autonomia e à independência. Os divórcios aumentaram, uma vez que a mulher passou a não depender tanto financeiramente do homem, e o preconceito em relação ao rótulo de “separada” foi minimizado. Todos estes movimentos, juntamente com o avanço da tecnologia, da mobilidade social e o aumento da longevidade colaboraram para novos arranjos conjugais. Uniões estáveis, mulheres provedoras, homens efetuando trabalhos domésticos, casais morando em casas e/ou regiões distintas, pares homossexuais com ou sem filhos e relacionamentos virtuais passaram a ser alguns dos diversos arranjos nas relações humanas atuais. Além disso, tornaram-se igualmente comuns na sociedade: famílias monoparentais, recasamentos com ou sem filhos de uniões

anteriores (“os meus, os teus e os nossos”), pessoas começando nova vida após os quarenta, cinquenta ou mais idade, clonagens, inseminações artificiais e barrigas de aluguel.

A partir destes fenômenos sociais, a “família moderna” foi resignificada e chamada de “família pós-moderna” ou “nova família” (Silva, 2011). Este cenário é desafiador para a construção de um conceito que abarque o “caleidoscópio social”, rico na sua multiplicidade e em constante transformação em que a família se tornou. O paradigma sistêmico possibilitou um olhar amplo deste fenômeno e alguns autores nacionais e internacionais definiram família como:

Um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interação. Estes padrões constituem a estrutura familiar, que por sua vez governam o funcionamento dos membros da família, delineando sua gama de comportamento e facilitando a sua interação (Minuchin e Fishman, 1990, p.21).

Um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros componentes. Esse processo dual de continuidade e crescimento permite o desenvolvimento da família como a unidade e, ao mesmo tempo, assegura a diferenciação de seus membros (Andolfi, Angelo, Menghi e Corigliano, 1984, p. 27).

Um sistema de relações que opera de acordo com diversos princípios básicos e que evolui no seu desenvolvimento, de um modo particular e complexo determinado por inúmeros fatores (Cervený e Berthoud, 2002, p.17).

Uma família é um conjunto de pessoas em interação e não pode ser percebida apenas a partir das características individuais ou da personalidade de cada um de seus membros. O que caracteriza uma família é, sobretudo, a natureza das relações entre os seus componentes, ou seja, a forma com que interagem e como estão vinculados nos diferentes papéis e subsistemas. Uma pessoa da família não pode mudar sem mobilizar mudanças nas outras (Sudbrack, 2001, p. 404).

A relevância dessas definições está na ênfase dos indivíduos “em relação” na família, ou melhor, na interdependência entre eles, e também nas evoluções e transformações que fazem parte deste sistema. Ademais, os autores citam os padrões de funcionamento, princípios básicos e interações que caracterizam o

sistema familiar. Estas conceituações se desvinculam das visões reducionistas que se limitam a definir as famílias apenas a partir de laços consanguíneos, heterossexualidade e compartilhamento de moradia.

Após tais reflexões, lançarei mão dos conceitos acima citados, alinhavando-os em uma só definição sob o ponto de vista sistêmico, de acordo com a orientação teórica desta pesquisa, com a qual seguirei ao longo da tese. Portanto, entendo família como um conjunto de pessoas que formam um sistema ativo de relações e interações em constante evolução e transformação através dos tempos. A família opera de acordo com princípios básicos e padrões de funcionamento, influenciando e sendo influenciados pelos seus membros, assegurando-lhes a continuidade e seu crescimento psicossocial. As maneiras como os indivíduos deste sistema interagem e como estão vinculados nos diferentes papéis e subsistemas colaboram na caracterização da família. Assim, a interdependência existente em suas relações resulta na “equação” em que cada movimento individual mobiliza os demais e vice-versa.

No caso da dependência de drogas, é possível transpor esta ideia na medida em que o dependente e seus familiares se influenciam mutuamente, possibilitando que os padrões de funcionamento e as inter-relações colaborem tanto para a manutenção quanto para a remissão desta síndrome. Na realidade, a família é um dos sistemas fundamentais na construção e desconstrução da dependência de drogas, visto que estabelece movimentos interativos específicos, transmitindo intergeracionalmente crenças, tradições e valores que colaboram com esses processos. Portanto, vale compreender como se estabelecem as inter-relações nestes sistemas familiares que possuem um ou mais membros dependentes de drogas (lícitas ou ilícitas), para enfatizar as reflexões e nortear as condutas direcionadas à prevenção e ao tratamento.

A dependência de drogas em um ou mais membros da família denuncia que o funcionamento deste sistema precisa ser revisto. Sudbrack (2000) relata que o abuso de drogas de um filho no sistema familiar pode ter como função desfocalizar problemas mais difíceis, com os quais os pais não sabem lidar. A visão desta autora é de fundamental importância, pois amplia a questão da

dependência de drogas para além do indivíduo; no entanto, vale acrescentar que a construção e a ressignificação da dependência de drogas se dá a partir de um movimento retroalimentar nas inter-relações dos diversos sistemas inseridos no problema (família e sistemas socioculturais e históricos).

Esclareço que o termo retroalimentação neste caso está sendo considerado, segundo Osório, como:

A propriedade que define o enfoque circular, que se baseia na reciprocidade dos fatores causais, e que nos diz que cada produto (output) de um sistema é um novo aporte (input) para esse mesmo sistema, com o que, inevitavelmente, modifica-o e o transforma (Osório, 2002, p. 29).

Assim, a dependência de drogas de um indivíduo estabelece múltiplas influências, sendo que para a sua compreensão, seu impacto e o próprio processo de recuperação deve ser considerada a interdependência dos aspectos individuais, familiares, sociais, culturais e históricos. Desta forma este tópico, ao longo do trabalho, leva em consideração os contextos socioculturais e históricos nos quais os sistemas familiares em questão encontram-se inseridos.

Alguns dos aspectos que colaboram para a construção da dependência de drogas no sistema familiar referem-se aos seus padrões de funcionamento que se perpetuam intergeracionalmente. Horta et al. (2006) ressaltam em seu trabalho quanto a cultura e a família são responsáveis pela transmissão de crenças e expectativas sobre o modo de vida dos homens e das mulheres, as relações, os usos e costumes que se estabelecem e o abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Repetição vem do latim *repetitione*, que significa ato ou efeito de repetir, tornar a fazer, usar, executar, acontecer de novo, suceder novamente. Nas famílias, o acontecer e o suceder ocorrem nas diversas gerações (Cervený, 2011, p. 42). Os movimentos familiares não são lineares, mas sim circulares, pois formam circuitos de retroalimentação ao se influenciarem mutuamente

(Watzlawick, Beavin, Jackson, 1966). Assim sendo, o passado não se repete de forma determinista nas gerações posteriores, o sistema é que seleciona do passado o padrão repetitivo a ser incluído em sua história. As repetições acontecem de múltiplas maneiras, sejam elas explícitas ou camufladas, e se estabelecem a partir das inter-relações (fusões, diferenciações, triangulações) das diversas formas de comunicação, dos mitos, regras, hierarquias, sequências e afetividades (Cervený, 2011).

O sistema familiar se protege e garante a sua continuidade nas sucessivas gerações em meio às mudanças externas através das rotinas, rituais, segredos e outros padrões interativos que possibilitam a transmissão de suas crenças, mitos e valores (Cervený, 2002).

As repetições de padrões intergeracionais em relação à dependência de drogas são amplamente discutidas entre os pesquisadores (Carter et al., 1995; Stanton et al., 1990; Martini et al., 2010; Horta et al., 2006; Schenker e Minayo, 2005). Na prática clínica é comum perceber famílias apresentando, nas diversas gerações, conjugalidades organizadas em torno do álcool, cujos filhos também estão envolvidos com outras drogas, e assim sucessivamente nas ascendências e descendências. Esta repetição de padrão se dá por diversas questões que variam desde heranças genéticas, crenças, valores, até modelos de identificação. Alguns aspectos do funcionamento familiar, que colaboram com o movimento de perpetuação da dependência de drogas por diversas gerações, são:

- A construção da “identidade” familiar em torno da dependência de drogas, isto é, as suas condutas reguladoras (rotinas cotidianas, rituais de família e estratégias para a resolução de problemas) se organizam a partir do uso, abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas (Steinglass et al., 1997). Quando, por exemplo, no dia-a-dia e nos rituais de uma família, é de fundamental importância o uso de bebidas alcoólicas, mesmo que tal prática esteja interferindo negativamente em suas inter-relações, passam para os filhos a crença do grau de importância e necessidade da droga no funcionamento familiar, de

maneira que não se concebe a ideia da existência deste sistema sem o químico;

- As relações rígidas no sistema familiar, que respeitam um padrão complementar de retroalimentação, estabelecem um equilíbrio homeostático, mantenedor do *statu quo* ao longo dos anos (Stanton et al., 1990). Conforme descrito no trabalho de Martini et al. (2010, p.4): “o conceito de homeostase diz respeito à capacidade que todo organismo possui de buscar espontaneamente condições de equilíbrio para que lhe seja possível funcionar. É um mecanismo autorregulador, que permite ao organismo sobreviver às alterações de seu equilíbrio natural”. Pode-se observar que muitas esposas de alcoolistas compram a bebida alcoólica para os maridos beberem em casa, acreditando assim que estão cuidando deles, controlando a quantidade de ingestão e suas idas aos bares. Em contrapartida eles, apesar de expressarem descontentamento com tais atitudes das esposas, cumprem com o “acordo implícito”. Outro exemplo também ilustrativo refere-se ao pai que solicita ao filho dependente de drogas que pare de usá-las e assuma a própria vida, no entanto, dão-lhe dinheiro constantemente a fim de evitar que ele roube. Este, por sua vez, apesar de não aceitar o controle paterno, usa o dinheiro conforme suas conveniências, permanecendo dependente de drogas. Tais funcionamentos familiares, ao contrário de resolverem o problema só o agravam, mantendo uma “eterna ciranda” em que todos giram para o mesmo lado no desconforto paradoxalmente “confortável” do funcionamento conhecido, que se perpetua por décadas. “Quebrar” este ciclo torna-se predominantemente ameaçador, e é mantido apesar do constante sofrimento que acarreta;
- Os modelos de identificação intergeracionais são aspectos significativos na transmissão da dependência de drogas (Horta et al., 2006; Schenker e Minayo, 2005; Stanton et al., 1990; Martini et al., 2010). Observa-se em vários sistemas familiares, onde há um ou mais dependentes de drogas, uma valorização da substância psicoativa vinda de gerações

anteriores, associando muitas vezes o seu uso à masculinidade. Nestas famílias, por exemplo, o uso de bebidas alcoólicas faz parte da identidade masculina. Sendo assim, o jovem para se “tornar homem” deve beber, tanto quanto ou mais que os membros masculinos do sistema. Os pais acabam sendo, nas diversas gerações, modelos de identificação associados ao uso, abuso ou dependência de drogas.

- Estudos realizados com jovens, como o de Tavares et al. (2004), confirmam a influência dos modelos de identificação no processo de construção da dependência de drogas nas diversas gerações, ao mostrarem a associação entre o uso de drogas dos adolescentes e pais que bebem em demasia ou usam outras drogas. Outro aspecto relevante que pode facilitar a utilização de drogas pelos jovens é a dificuldade de identificação com uma figura paterna fragilizada. Desta maneira, o adolescente busca fora da família modelos de identificação “fortes”, sendo que muitas vezes podem estar relacionados ao uso ou tráfico de drogas. Autores como Martini et al. (2010), em seu estudo dos genogramas de famílias com membros dependentes de drogas, confirmam esta visão ao ressaltarem que o domínio materno, a passividade e a dependência de drogas das figuras paternas representativas impossibilitam a identificação de modelos saudáveis às gerações futuras.
- Carter e Mcgoldrick (1995) ressaltam o processo intergeracional do alcoolismo e o seu impacto nas diversas gerações. Resgatam o pensamento de Berenson (1976) ao afirmarem que o alcoolismo na família, seja qual for a geração, dificulta o processo de diferenciação de seus membros; nelas, as fronteiras geralmente são rígidas ou difusas demais e os papéis estão frequentemente trocados ou de alguma maneira inadequados. Schenker e Minayo (2003) salientam quanto a dependência de drogas por um dos pais afeta todos os membros do sistema. Payá e Figlie (2004) mostram que a dependência de um dos pais pode colaborar como um modelo de identificação para o uso de drogas dos filhos, além de demonstrarem uma grande dificuldade de

comunicação e capacidade para a solução de problemas, tanto entre os pais quanto na família como um todo. Desta maneira, o prejuízo na relação com os filhos se torna maior, colaborando também para que eles busquem “saídas” para tais conflitos no abuso de substâncias psicoativas.

Diante disso, fica claro que a dependência de drogas intergeracional “traz à luz” um funcionamento familiar que impacta de diversas formas o sistema como um todo. Portanto, é de fundamental importância que a compreensão e os tratamentos voltados à síndrome de dependência do álcool e outras drogas contemplem, no mínimo, o envolvimento da família, pois ao ampliar a visão sobre a questão torna-se evidente que tal fenômeno estende-se para além do indivíduo, a partir da construção de uma “teia” que se tece ao longo do tempo, envolvendo diversos sistemas e gerações.

Outros fatores do funcionamento familiar, associados a contextos sócio-históricos e culturais, colaboram para a construção e perpetuação da dependência de drogas no sistema.

As relações estabelecidas entre pais e filhos são citadas por muitos autores como fatores de risco na vulnerabilidade do jovem para o uso, abuso e dependência de drogas (Martini et al., 2010; Tavares et al., 2004; Schenker, Minayo, 2003; Rezende, 2004; Stanton et al., 1990; Kalina, 1999). A pesquisa efetuada por Tavares et al. (2004) demonstrou que os adolescentes, ao apresentarem um consumo de drogas significativamente maior, referiam um relacionamento ruim ou péssimo com o pai ou com a mãe. Schenker e Minayo (2003) também reforçam a importância das relações entre pais e filhos ao afirmarem que os vínculos frágeis entre eles são fatores de risco para o uso de drogas.

Uma forma de relação muito vista em famílias de dependentes de drogas é a das mães que usam os filhos para preencherem os seus vazios, estabelecendo com eles vínculos extremamente fortes, abusivos e muitas vezes simbióticos e

narcísicos (Martini et al., 2010; Rezende, 2004; Stanton et al., 1990; Kalina et al. 1999).

Stierlin (1979, p.53). conceitua relações simbióticas como de estreita dependência mútua entre duas pessoas, com a possibilidade de efeitos “benéficos”, “danosos” ou ambos para as partes envolvidas, com toda a gama de variações e graus. Essas mães não conseguem ver os filhos como indivíduos diferentes delas, mas sim como extensões de si mesmas, com a função de supri-las na “resolução” das suas próprias necessidades. Os filhos, por sua vez, mantêm esse movimento correspondendo ao papel solicitado, porém sob a condição de conseguirem obter benefícios, sejam materiais (carros, dinheiro, etc.) ou inter-relacionais (sendo os filhos preferidos, por exemplo), sem precisarem crescer para adquirir tais benesses a partir das próprias conquistas.

Esse processo retroalimentar nutre no filho um pensamento mágico infantil, em que ele consegue o que quer “sem esforço”, dificultando um amadurecimento necessário para a sua individuação e autonomia pessoal. Neste contexto, a substância química pode entrar como uma pseudodiferenciação para o filho, na medida em que, ao manter-se dependente da droga e da família, supre as necessidades da mãe, e ao mesmo tempo as suas, uma vez que ao usar a substância química sente-se independente sem verdadeiramente sê-lo (Martini et al., 2010; Stanton et al., 1990; Kalina et al., 1999).

Ao ampliar o olhar do sistema familiar, mantendo o enfoque das inter-relações entre pais e filhos, é possível observar o papel do pai que se mantém periférico, reforçando o vínculo simbiótico entre mãe e filho (Martini et al., 2010; Rezende, 2004; Kalina et al., 1999). A figura paterna, portanto, não representa um papel de autoridade necessário para “interditar” tal relação, a fim de ajudar o filho no processo de identificação masculina e individuação, não agindo também como um porto seguro que defina leis e regras organizadoras do sistema (Olievenstein et al., 1990; Kalina et al., 1999). Este padrão de funcionamento pode colaborar para que o filho sinta-se sozinho, sem parâmetros de identificação importantes no desenvolvimento da própria identidade, impossibilitando-o de introjetar limites necessários para lidar com questões individuais e sociais fundamentais à sua

sobrevivência. Neste cenário, a relação do jovem com a droga não se limita à pessoa dele, mas também se estende ao sistema familiar como um todo, desempenhando múltiplas funções, tais como: transpor o indivíduo para um mundo mágico, sem limites, frustrações e nem dores; intensificar sentimentos de onipotência e camuflar uma possível raiva dos pais, mantendo a dependência com eles; reviver a relação simbiótica com a mãe, suprimindo as carências dela, e desfocalizar a conjugalidade parental pautada pelo distanciamento da relação homem/mulher entre o casal (Rezende, 2004; Stanton et al., 1990).

Essa complexa “ciranda” cria diversos paradoxos no fenômeno da dependência de drogas, atingindo também o processo de recuperação, na medida em que gera uma forte ideia de que tais movimentos são imutáveis. Parar de usar drogas passa a ser bom e ruim ao mesmo tempo, uma vez que significa para esses sistemas familiares a desconstrução do funcionamento confortavelmente desconfortável, estruturalmente desestruturado e organizadamente desorganizado. Isto é, a recuperação impulsiona o filho a crescer, e ao mesmo tempo evidencia a separação velada dos pais. Portanto, pode representar para todos uma ameaça, ou seja, o fim de uma situação conhecida e “segura”, em que todos sabiam lidar apesar do sofrimento, para um novo movimento desconhecido, inseguro e sem controle.

No caso da dependência de drogas feminina ocorre uma aliança muito forte entre pai e filha, chegando a ser incestuosa, simbólica ou concreta (caracterizando abuso sexual). A mãe se coloca à “margem”, e ao mesmo tempo é excluída, sendo a relação mãe e filha permeada pela competição (Roig, Thomaz, 1999; Stanton et al., 1990).

Os estudos acima citados evidenciam quanto os relacionamentos entre pais e filhos na dependência de drogas se estabelecem de determinadas maneiras, a partir das dificuldades conjugais dos pais em questão e vice-versa. A conjugalidade parental, permeada por problemas, pode colaborar na construção e manutenção dos movimentos inter-relacionais entre pais e filhos, sendo estes colaboradores e retroalimentadores das dificuldades conjugais dos pais. O “problema” da dependência de drogas no sistema familiar passa a ser

paradoxalmente a “solução”, porquanto camufla as dificuldades parentais e mantém o *statu quo*.

Alguns trabalhos confirmam o exposto, isto é, o problema de relacionamento dos pais como um dos fatores de risco do uso de droga pelos filhos como, por exemplo, o de Tavares et al. (2004) que mostrou, dentre outras coisas, um maior uso de drogas entre os jovens cujos pais apresentavam um relacionamento conjugal regular, ruim ou péssimo. Schenker e Minayo (2005) citam autores como Hawkins, Patton, Kodjo & Klein, reforçando tal aspecto ao admitirem como fatores de risco para o desenvolvimento da dependência de drogas conflitos familiares sem desfecho de negociação.

Evidentemente que esses processos ocorridos nas relações conjugais e entre pais e filhos não são passíveis de generalização e muito menos ocorrem isoladamente, havendo outras relações simultâneas, como entre irmãos e outros sistemas (escola, comunidade, amigos e família extensa), porém expressam algumas, dentre tantas possibilidades de movimentos que vão além do intrapsíquico na compreensão da construção do fenômeno da dependência de drogas.

O padrão de educação dos pais em relação aos filhos também pode colaborar com a construção da dependência de drogas na família. Ressalto que apesar de este tópico estar sendo citado posterior e separadamente dos anteriores neste estudo, não significa que essa sequência se estabeleça pelo grau de relevância do tema, ou que o tópico se encontre desconectado dos demais.

A forma com que os pais educam os filhos está relacionada aos padrões de repetição intergeracional, e igualmente com as conjugalidades, as inter-relações e o funcionamento geral do sistema. A família, segundo Schenker e Minayo (2003), é uma das fontes primárias de sociabilização no mundo ocidental. O comportamento social dos filhos, incluindo o uso de drogas, é aprendido nos contextos das interações nestas fontes primárias de socialização (a família, a escola e os pares), sendo de valiosa relevância como são transmitidos os valores, as crenças e os padrões de comportamentos sociais nestes contextos.

É comum perceber nas famílias que possuem um ou mais membros dependentes de drogas, atitudes permissivas gerais, inclusive em relação ao uso de drogas (Schenker e Minayo, 2005). A dificuldade de impor limites e estabelecer um padrão claro e bem definido das regras e normas familiares faz parte deste cenário. Os pais apresentam uma inabilidade na educação não sendo assertivos, e facilitam atitudes dos filhos conforme as próprias conveniências. A inconsistência e incoerência educacional em que, muitas vezes, os pais não entram em acordo e desqualificam um ao outro, propiciam uma falta de porto seguro familiar em que o jovem se “fortalece tiranicamente”, definindo ele mesmo as diretrizes da casa, estabelecendo alianças, ora com o pai, ora com a mãe, segundo os seus próprios interesses.

Paradoxalmente, o domínio dos filhos sobre os pais alimenta sentimentos de insegurança, uma vez que não percebem neles um apoio e o modelo de identificação necessária para balizar um crescimento seguro. Tavares et al. (2004), em sua pesquisa com jovens, mostram que os adolescentes cujos pais eram considerados liberais apresentam um uso de drogas mais intenso que os adolescentes cujos pais eram considerados mais autoritários. Este trabalho colabora para salientar a importância dos pais como figuras de autoridade, diferentemente do autoritarismo em que as leis parentais atingem extrema rigidez, não possibilitando as interações familiares e a percepção das necessidades e a existência dos filhos. É possível constatar que tanto a liberação total dos filhos quanto o autoritarismo educacional promovem distanciamentos perigosos entre os subsistemas pais e filhos, aumentando o risco do uso de drogas pelos adolescentes, já que estes podem buscar na substância química e nos sistemas em torno (tráfico, por exemplo), os sentimentos de pertencimento e apoio necessários para o enfrentamento de suas vidas.

Rezende (2004) registra, dentre outras características das famílias de dependentes de drogas por ele estudadas, a dificuldade de comunicação e a rigidez excessiva dos papéis vivenciados pelos membros destes sistemas familiares. Este autor mostra um movimento que colabora com o afastamento do jovem da família, por não sentir-se suficientemente visto e sem possibilidade de expressão (pela comunicação precária e os rótulos “aprisionantes” estabelecidos

pela rigidez dos papéis). Porém, paradoxalmente, quanto mais o jovem busca fora da família tal apoio e pertencimento, ao desenvolver a dependência de drogas retroalimenta a sua posição de dependência delas. Diferentemente da visão do senso comum, o problema das drogas não está na falta de comunicação entre pais e filhos porque “*é impossível não comunicar*” (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1993, p.45), mas sim nas expressões verbais e não verbais estabelecidas nestas relações que podem envolver desqualificações, rotulações e outros movimentos colaborativos para o distanciamento entre ambos.

Outras famílias apresentam um padrão de educação que superprotegem os filhos, infantilizando-os, podendo dificultar seu processo de autonomia, gerando muita insegurança, fragilidade e vulnerabilidade para a tomada de suas próprias decisões e caminhos (Schenker, 2005). Estes jovens mantêm-se no papel de “grandes crianças” indiferenciadas e protegidas pelas suas famílias. Frequentemente percebe-se, na prática clínica, que no sistema familiar tanto os pais quanto os filhos dependentes de drogas expressam um movimento incoerente, em que o discurso é direcionado ao crescimento, mas a ação é mantenedora da estagnação e dependência de seus membros.

Stanton et al. (1990) reafirmam a dificuldade que o dependente de drogas demonstra para construir a sua independência da família. Esclarecem que apesar da aparente busca de autonomia, eles mantêm laços estreitos com a família de origem, mesmo quando se casam. Ilustrando tal afirmação, trazem os seguintes dados: pelo menos dois terços dos dependentes de drogas masculinos, com menos de 35 anos, moram com seus pais, e 80% a 85% deles os visitam semanalmente.

Sternschuss e Angel, in Bergeret e Leblanc (1991), trazem um funcionamento semelhante nas famílias francesas e anglo-saxãs de dependentes de drogas, evidenciando o baixo índice de autonomia destes jovens. Mesmo que existam momentos em que eles experimentam uma vida distante da família, estes não se mantêm, retornando posteriormente à situação anterior. Os sujeitos desta pesquisa também apresentaram uma grande dificuldade de saírem da casa dos pais ou cuidadores e, quando ocorria, o movimento era “elástico”, repleto de idas

e vindas. Nestes contextos, a droga entra como a “cola” que garante a união familiar, eliminando a ameaça da separação. A família se cristaliza na fase do ciclo vital em que os filhos permanecem em casa, evitando a passagem pela “síndrome do ninho vazio”.

Desta maneira outro paradoxo se instala, principalmente quando se fala em recuperação da dependência de drogas, uma vez que parar de usar a substância química pode representar uma ameaça maior que a própria dependência de drogas, pois a família teme o “fantasma da desunião, do vazio, do fim da família”, já que autonomia e diferenciação são interpretadas como traição, desagregação, perda de controle e fim do sistema familiar.

Autores como Rezende (2004) salientam que em muitas famílias de dependentes se observa a compulsão não só por drogas, mas por comida, trabalho, jogo, etc., nos outros membros das diversas gerações destes sistemas. Seus medos, ansiedades e dificuldades gerais são “resolvidos” a partir de movimentos compulsivos perpetuados pelos descendentes e assim sucessivamente, diferindo apenas na “escolha” do elemento com o qual se estabelece a dependência. A dependência de drogas nestes casos denuncia um padrão intergeracional de funcionamento “secular” destas famílias. Paradoxalmente, a substância psicoativa, embora prejudicial em diversos aspectos, torna-se útil ao comunicar a necessidade da família de rever e transformar tal funcionamento intergeracional.

Outra característica comumente encontrada nas famílias de dependentes de drogas é o abandono implícito ou explícito dos pais em relação aos filhos. Kalina (1999) fala em micro e macroabandonos ao se referir às famílias de dependentes de drogas que não exercem as funções parentais em relação aos cuidados ante as necessidades dos filhos, seja porque estão ausentes, concretamente ou não, nas suas vidas. Schenker e Minayo (2003) destacam os pais que delegam a responsabilidade dos cuidados e monitoramento dos filhos a outros, sejam eles pessoas ou instituições: babás, escolas, irmãos e avós.

Stanton et al. (1990) enfatizam a importância da correlação entre perdas e vivências de luto na família e abuso de drogas. Explicam que existe em muitas

famílias de dependentes de drogas um predomínio de mortes prematuras, inesperadas e rompimentos precoces, isto é, o dependente de drogas e o seu sistema familiar vivem situações em que perdem pessoas significativas em tenra idade, onde ainda necessitam muito dos cuidados e da relação afetiva com os membros que “partiram”. Nestes casos, apesar do “abandono” não ter sido proposital, esta sensação – unida pelo desamparo – povoa o mundo interno do dependente de drogas que, sem recursos emocionais e familiares suficientes, busca na droga e nos sistemas que a permeiam uma sustentação para o enfrentamento de tamanhas dores.

Algumas vezes os rompimentos vivenciados pelas famílias de dependentes de drogas não estão diretamente relacionados a mortes de parentes próximos, mas sim a mudanças de cidade, Estado ou País, o que também se configura como perda, e conseqüentemente, um luto. As famílias de imigrantes sofrem profundas rupturas culturais e sociais que afetam seus descendentes, sobretudo as primeiras gerações nascidas no novo ambiente. Bergeret e Leblanc (1991), a partir de suas experiências no tratamento de dependentes de drogas oriundos predominantemente da primeira geração de filhos de imigrantes na França, perceberam que estes adolescentes vivenciavam uma crise de identidade. Eles “serviam a dois reinos”, isto é, ao mesmo tempo em que a sua forma de pensar e os seus comportamentos correspondiam às regras socioculturais do ambiente que os “acolheu” e onde estavam sendo educados, deveriam submeter-se às condições impostas pelas famílias de origem que, na maioria das vezes, eram diferentes do país em que estavam habitando.

Stanton et al. (1990) ressaltam também a relação entre imigração e abuso de drogas. Além das tensões e instabilidades parentais devido às circunstâncias vivenciadas nos processos de adaptação dos imigrantes nos países que os “acolheram”, foi observado que especialmente a mãe imigrante, separada de seus próprios laços familiares, tem dificuldade de perceber seus filhos e deixá-los crescer, pois preenchem as suas carências.

A intensa distinção entre as culturas de origem das famílias e do local onde moram atualmente pode agravar a cisão do adolescente. O abuso de drogas

passa a fazer parte deste cenário como uma “solução mágica” diante da realidade de difícil sobrevivência, em que o jovem pertence e ao mesmo tempo não pertence aos dois mundos (família/sociedade).

O impacto do funcionamento familiar na construção da dependência de drogas e vice-versa é significativo. Além dos movimentos já citados anteriormente, vale ressaltar os mitos familiares que se repetem intergeracionalmente, e em alguns momentos podem ser usados como defesas contra os problemas que ameaçam o sistema. Bergeret e Leblanc (1991) consideram o conceito de mito descrito por Ferreira e J. Byng-Hall:

(...) um discurso unitário, destinando a cada um dos membros da família, papéis rígidos cuja definição é mutuamente aceita. Qualquer questionamento do mito é vivenciado como ameaçador para o equilíbrio familiar. Os mitos familiares podem ser compreendidos como os equivalentes dos mecanismos de defesa individuais (Ferreira e J. Byng-Hall apud Bergeret e Leblanc, 1991, p. 271).

Dois mitos são ressaltados por estes autores:

- o mito da boa convivência familiar – essas famílias “lutam para provar” que são “normais” e que nada justifica o comportamento dos filhos dependentes de drogas. Assim sendo, responsabilizam todos que não fazem parte deste sistema, isto é, amigos, escola, traficantes, etc. (Bergeret e Leblanc, 1991);
- os mitos do perdão da expiação e da salvação – “Esses mitos descritos por Stierlin são elaborados por numerosas famílias, onde o jovem dependente de drogas, além da sua própria culpa, endossa também a de todos os membros da família. Para que essas narrativas míticas possam mostrar-se operacionais para a família, é necessário que todos os membros, inclusive o ‘culpado confesso’, defendam esses conjuntos de crenças. Na perspectiva interacional, o jovem recupera certa quantidade de benefícios ao ocupar esta posição: ele representa, assim, a pedra angular do edifício familiar. Se ele renunciar a este

papel, o sistema se rompe.” (Stierlin apud Bergeret e Leblanc, 1991, p. 272).

Essa visão possibilita compreender que em ambos os mitos existe uma necessidade de distanciar os problemas dos membros da família, mantendo assim o *statu quo*. Nestes casos, a função do dependente de drogas na família, dentre outras mais específicas, é de canalizar para si os problemas. Assim, todo o sistema se movimenta pactuando as inter-relações para “enrijecer tal funcionamento”.

A questão de gênero diferencia em alguns aspectos a dependência de drogas masculina da feminina, sendo que as relações familiares também respeitam estas peculiaridades específicas. Breitman (2008, p. 633) e mulher. Não se pode compreender os gêneros feminino e masculino sem considerar que estão relacionados com as questões de raça, classe social e contexto histórico.

Após a Segunda Guerra Mundial, juntamente com os processos de liberação da mulher, as características de gênero feminino se modificaram, e em relação às drogas, esta população passou a usá-las com maior frequência e quantidade. No entanto, este não é um grupo homogêneo, pois, por exemplo, as mulheres que iniciam o uso de álcool entre 20 e 30 anos têm mais história de alcoolismo na família, referem mais frequentemente rejeição e estigmatização em relação ao problema e bebem com mais frequência em público; já as mulheres de meia-idade iniciam o uso mais tardiamente, após algum evento estressor (os filhos cresceram e saíram de casa, divórcio, viuvez, etc.) e costumam beber mais privadamente, escondido e em casa (Dutra, 1996).

Apesar das especificidades dentro do próprio grupo citado (mulheres dependentes de drogas), há diferenças significativas entre dependentes de drogas do sexo feminino e masculino. Fatores orgânicos, sociais e familiares impactam distintamente nos dois grupos. O organismo feminino metaboliza as drogas diferentemente do masculino. Estudos demonstram que o corpo da mulher, devido às questões metabólicas e hormonais, se debilita com o uso de

drogas mais rapidamente que o do homem. O estigma social também é mais intenso nesta população, assim como o relacionamento com o cônjuge é marcado por dificuldades de comunicação, problemas sexuais e agressões físicas e/ou verbais, além de um predomínio da presença de companheiro alcoolista. Autores chamam a atenção para a violência direcionada às mulheres alcoolistas, ou seja, elas sofrem violência por parte de seus cônjuges, diferentemente dos homens alcoolistas, que geralmente agredem suas esposas (Dutra, 1996).

Outro ponto importante na diferenciação dos gêneros masculino e feminino é em relação ao abuso sexual. Estudos ressaltam que há um predomínio de abuso sexual na infância em mulheres alcoolistas, se comparadas aos homens (César, 2006).

Todas estas diferenças devem ser consideradas ao se falar em prevenção e tratamento da dependência de drogas, e portanto, no que se refere às famílias, há que se considerar as inter-relações, os papéis, crenças e valores perpassando pelas questões específicas dos gêneros masculino e feminino.

Os diversos funcionamentos dos sistemas familiares vistos na dependência de drogas envolvem, dentre outras questões, o afastamento dos pais em relação aos filhos, sejam quais forem os contextos e as circunstâncias motivadoras de tais movimentos. Todos estes processos detalhados anteriormente podem colaborar para a “cegueira familiar” (Bergeret e Leblanc, 1991) que impossibilita a percepção da dependência de drogas em seu nascedouro, adiando por muito tempo um pedido de ajuda e a tomada de atitudes necessárias para evitar o agravamento do problema. Diante disso, os profissionais da saúde, da assistência social, da educação e afins devem atentar para o fenômeno da relação humana com as drogas na atualidade, sem se colocarem como mais um “na dança da cegueira familiar”, mas incluindo-se no sentido de fazer parte da questão, efetuando medidas eficazes que envolvam desde políticas públicas de prevenção e tratamento, até ações comunitárias que trabalhem o fenômeno na sua multiplicidade, sob o enfoque inter-relacional e contextual dos aspectos biopsicossociais e valores e crenças religiosas vigentes.

### 3.4 Tratamento

O tratamento da dependência de drogas não é simples, já que envolve uma multiplicidade de ações ao longo do tempo, devido à complexidade e multifatorialidade da síndrome. Muitas são as abordagens direcionadas aos dependentes de drogas e suas famílias, porém há que se ter minimamente parâmetros bem definidos, uma vez que um tratamento inadequado pode não apenas ser improdutivo, mas também proporcionar um agravamento significativo da situação.

Certamente não há o tratamento ideal para todos os dependentes, mas sim, o que melhor se aplica a um determinado sistema, em uma ocasião específica, baseado nas necessidades momentânea dos clientes.

A meu ver, tratar deste fenômeno significa exercer uma constante reflexão sobre as próprias ações, tendo o cuidado necessário para não impor dogmas na frente do cliente, mas sim compreender o contexto e as necessidades do caso, para construir conjuntamente de maneira dinâmica (com a flexibilidade de mudanças de estratégias a qualquer momento) um processo de tratamento que contemple os sistemas envolvidos no problema.

O NIDA (National Institute on Drug Abuse – National Institutes of Health, 1998) definiu treze princípios que caracterizam um tratamento eficaz para a dependência de drogas:

➤ **PRINCÍPIO 1**

Um único tratamento não é apropriado para todos os indivíduos. Combinar locais de tratamento, intervenção e serviços para os problemas e necessidades de cada indivíduo em particular é indispensável para o sucesso final ao retornar ao funcionamento produtivo na família, local de trabalho e sociedade.

➤ **PRINCÍPIO 2**

O tratamento precisa estar prontamente disponível. Pelo fato de que os indivíduos dependentes de drogas podem estar ambivalentes quanto a iniciarem um tratamento, aproveitar as oportunidades quando eles estão prontos é fundamental. Candidatos potenciais podem ser perdidos se o tratamento não estiver imediatamente acessível.

➤ **PRINCÍPIO 3**

Um tratamento eficaz é aquele que atende às diversas necessidades do indivíduo e não apenas ao uso de drogas. Para ser eficaz, um tratamento deve abordar o uso de drogas do indivíduo e quaisquer outros problemas associados: médico, psicológico, social, vocacional e legal.

➤ **PRINCÍPIO 4**

O tratamento de um indivíduo e o plano de serviços devem ser continuamente avaliados e modificados quando necessário, para garantir que o plano atenda às necessidades mutantes da pessoa. Um paciente pode precisar de combinações variadas de serviços e componentes de tratamento durante o curso da terapia e recuperação.

Além de aconselhamento ou psicoterapia, um paciente às vezes pode requerer medicação, outros serviços médicos, terapia familiar, instruções aos pais, reabilitação vocacional, serviços legais e sociais. É fundamental que a abordagem do tratamento seja apropriada à idade, gênero, etnia e cultura do indivíduo.

➤ **PRINCÍPIO 5**

A permanência no tratamento por um período adequado de tempo é essencial para sua eficácia. A duração apropriada para um indivíduo depende de seus problemas e necessidades. Pesquisas indicam que para a maioria dos pacientes o limiar de melhoria significativa é alcançado com 3 meses de tratamento. Após alcançar esse limiar, um tratamento adicional pode produzir mais progresso rumo à recuperação. Devido ao fato de as pessoas com frequência deixarem o tratamento prematuramente, os programas devem incluir estratégias para envolver e manter os pacientes.

➤ **PRINCÍPIO 6**

Aconselhamento (individual e/ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes cruciais para um tratamento eficaz. Em terapia os pacientes mencionam temas como motivação, aquisição de habilidades para resistir ao uso de drogas, substituição de atividades que não impliquem uso de drogas e melhoria de habilidades para resolver problemas. A terapia comportamental também facilita relações interpessoais e a habilidade do indivíduo para atuar em família e na comunidade.

➤ **PRINCÍPIO 7**

Medicações são um elemento importante no tratamento de vários pacientes, especialmente quando combinadas com aconselhamento e outras terapias comportamentais. Naltrexona é uma medicação eficaz para alguns pacientes com dependência de álcool. Para pessoas dependentes de nicotina, um produto de substituição da nicotina (tais como adesivos ou gomas) ou uma medicação oral (bupropion) pode ser um componente eficaz no tratamento. Para pacientes com distúrbios mentais, tanto os tratamentos comportamentais quanto os medicamentos podem ser de fundamental importância.

➤ **PRINCÍPIO 8**

Indivíduos com distúrbios mentais que sejam dependentes das drogas devem ser tratados de maneira integrada de ambos os problemas. Pelo fato de distúrbios mentais e de dependência frequentemente ocorrerem no mesmo indivíduo, os pacientes que apresentarem ambas as condições devem ser avaliados e tratados pela recorrência de outro tipo de distúrbio.

➤ **PRINCÍPIO 9**

Desintoxicação médica é apenas o primeiro estágio do tratamento, e por si mesma contribui pouco para mudança a longo prazo de uso de droga. Desintoxicação médica seguramente administra os sintomas físicos agudos de abstinência associada à interrupção de uso de droga. Enquanto a desintoxicação sozinha é raramente suficiente para auxiliar atingir abstinência por longos períodos, para alguns indivíduos é um precursor fortemente indicado em tratamento eficaz das drogas.

➤ **PRINCÍPIO 10**

O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz. Uma forte motivação pode facilitar o processo do tratamento. Sanções ou carinho na família, estabelecimento de emprego ou o sistema criminal de justiça podem aumentar significativamente tanto a entrada no tratamento quanto índices de retenção e o sucesso de intervenções no tratamento de droga. Pode-se inclusive recorrer a internações involuntárias para forçar o paciente a se tratar. Para isso é necessário haver uma indicação médica precisa.

➤ **PRINCÍPIO 11**

O possível uso de droga durante o tratamento deve ser monitorado continuamente. Lapsos de uso de drogas podem ocorrer durante o tratamento. O objetivo do monitoramento ao uso de álcool e droga de um paciente durante o tratamento, tal como através de exames de urina ou outros, pode ajudar o paciente a resistir ao uso de drogas. Tal monitoramento também pode proporcionar evidência prévia de uso de droga a fim de que o plano de tratamento do indivíduo possa ser ajustado. *Feedback* a pacientes que apresentarem resultado positivo quanto ao uso de droga é um elemento importante de monitoramento.

➤ **PRINCÍPIO 12**

Programas de tratamento devem proporcionar avaliação para AIDS/HIV, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, e aconselhamento para ajudar pacientes a modificarem comportamentos de risco de infecção. O aconselhamento pode ajudar pacientes a evitarem comportamento de risco. Pode também ajudar pessoas que já estejam infectadas a lidarem com sua doença.

➤ **PRINCÍPIO 13**

A recuperação da dependência de drogas pode ser um processo a longo prazo e frequentemente requer vários episódios de tratamento. Tal como outras doenças crônicas, recorrências ao uso de drogas podem acontecer durante ou após episódios de tratamento bem-sucedidos. Indivíduos podem requerer tratamento prolongado e vários episódios de tratamento para atingir abstinência a longo prazo e restaurar um pleno funcionamento. A participação em programas de apoio, de autoajuda durante o tratamento é sempre útil na manutenção da abstinência.

Estes preceitos são importantes para nortear princípios básicos necessários às estruturas de tratamentos. Expressam a importância do dinamismo e da flexibilidade nos tratamentos, ao falarem que não existe apenas um modelo de trabalho eficaz para todos, porém ressaltam que o dependente de drogas deve ser tratado para retornar a um funcionamento produtivo na família, no trabalho, etc. Este pensamento, apesar de importante, desconsidera a questão sistêmica do fenômeno, isto é, não é o indivíduo que se tornou disfuncional, mas sim os sistemas envolvidos no problema que se organizaram em um padrão de funcionamento em torno da dependência e, portanto, devem participar dos tratamentos para redefinirem tais movimentos “destrutivos”.

Outro aspecto relevante citado pelo NIDA refere-se à ambivalência dos dependentes de drogas perante o tratamento. Diante disso, valorizam a importância de os serviços estarem sempre disponíveis para quando forem solicitados, mas lembra-se que tal ambivalência concernente ao tratamento e às mudanças é um padrão de funcionamento visto em geral no sistema familiar como um todo, não ocorrendo apenas com o dependente de drogas.

Os princípios acima citados são relevantes por abrangerem o tratamento para além das necessidades intrapsíquicas do indivíduo, envolvendo as especificidades de cada caso relativas a gênero, idade, etnia e cultura. Assim,

destacam a importância de os profissionais terem a flexibilidade de agregar diversos modelos de trabalho quando necessário, considerarem as questões de tempo, a diversidade de técnicas, medicações, comorbidades, desintoxicação, tratamentos voluntários e involuntários, monitoramento do uso de drogas, as doenças sexualmente transmissíveis e a reincidência como parte do processo. Apesar de todos estes princípios serem extremamente importantes no estabelecimento de parâmetros gerais relacionados ao tratamento da dependência de drogas, estão focados predominantemente no indivíduo, em detrimento de todos os outros sistemas envolvidos no problema.

A prática clínica mostrou-me quanto algumas etapas precisam ocorrer até que o dependente de drogas e a sua família iniciem um tratamento. Muitas são as resistências que colaboram para que o sistema familiar se mantenha no funcionamento e “equilíbrio” conhecidos intergeracionalmente ao longo dos anos. A crise no sistema colabora com a busca de um tratamento, entendendo crise não como “catástrofe”, mas como um ponto conjuntural essencial ao desenvolvimento do sistema (Osorio, Valle, 2002). Assim, Schenker e Minayo (2004) relatam dez técnicas de abordagem do dependente de drogas para tratamentos que envolvem a família e a comunidade:

- A “Intervenção” (Johnson, 1980). É realizada com familiares e pessoas importantes na vida do dependente de drogas, visando a dar um ultimato a esse dependente com relação ao seu uso e abuso de drogas;
- “Abordagem de Reforço da Comunidade” (Community Reinforcement Approach – CRA). Visa a reorganizar vários aspectos da “comunidade” do dependente de drogas (melhorando sua qualidade e estilo de vida) para que se sinta melhor sem o uso de drogas, ou seja, esta abordagem considera que o contexto favorável colabora para que esse dependente faça uma escolha de vida sem drogas;
- “Treinamento de Reforço da Comunidade” (Community Reinforcement Training – CRT). Nesta abordagem o profissional coloca-se disponível para apoiar presencialmente, se necessário, no dia em que a família solicita ajuda, nos momentos de lazer e de crise;

- “Treinamento de Família e o Reforço da Comunidade” (Community Reinforcement and Family Training – CRAFT). Objetiva, a partir da família e dos amigos, persuadir o dependente de drogas a aceitar um tratamento;
- O método de Berenson – Visa a fazer com que o membro mais motivado da família consiga incluir o alcoolista nos Alcoólatras Anônimos (AA). Além disto, busca trabalhar o desligamento emocional do cônjuge que não usa drogas, em relação ao dependente de drogas, para que ele passe a viver a própria vida independentemente da dependência de drogas do outro;
- Thomas e associados desenvolveram a “Terapia de Família Unilateral” (Unilateral Family Therapy – UFT) – É um trabalho de terapia de casal com o objetivo de direcionar o dependente de drogas para um tratamento;
- O “Aconselhamento Cooperativo” (Co-operative Counseling) desenvolvido por Yates – Usa campanhas na mídia a fim de chamar a família para comparecer ao tratamento com o objetivo de ser treinada para lidar com o dependente de drogas;
- “Método de Engajamento Sistêmico Estrutural-Estratégico” (Strategic Structural-Systems Engagement – SSSE), desenvolvido por Szapocznik et al. – Objetiva envolver a família no tratamento. Parte das premissas da terapia sistêmica estrutural e estratégica, onde a família é vista como um sistema social que estabelece padrões de transação rotineiros entre os seus membros e com o contexto. O tratamento foca a mudança desses padrões de interação que permitem, encorajam ou mantêm o sintoma. A resistência ao engajamento na terapia parte do mesmo princípio do tratamento: há que focar os padrões de interação para se tocar na estrutura familiar mal adaptada;
- “Uma Sequência de Intervenção Relacional para o Engajamento” (A Relational Intervention Sequence for Engagement – ARISE), trabalha

com a família de maneira mais flexível para que decida, em conjunto com o dependente de drogas, qual o melhor momento para tomar decisões mais severas em relação ao comportamento do usuário de drogas;

- A abordagem comportamental intitulada “Terapia de Rede” (Network Therapy). Busca trabalhar a família e os amigos do dependente de drogas para o ajudarem a chegar à abstinência.

A despeito de sua validade, mormente no que se refere a um determinado momento do processo de recuperação, tais abordagens reforçam os papéis da família e da comunidade, não como corresponsáveis e participantes do fenômeno na sua construção e desconstrução, mas sim, apenas como colaboradoras no convencimento do dependente de drogas a se tratar.

Nestes contextos, o tratamento paradoxalmente coloca-se tanto como um “espaço de remissão do problema” quanto de agravamento, na medida em que colabora para que o dependente pare de usar a droga, porém ao focar nele, cristaliza-o no lugar do “problema” da família e da comunidade. Desta maneira, estas técnicas (com exceção do “Método de Engajamento Sistêmico Estrutural-Estratégico”), se não forem devidamente manuseadas como apenas uma etapa do processo, podem minimizar a amplitude da questão, desfocalizando dos funcionamentos destes sistemas (família e comunidade) que se organizaram em torno da dependência e necessitam, juntamente com o dependente de drogas, de tratamento e mudanças.

Essas intervenções são relevantes principalmente nas situações em que o dependente de drogas está resistindo ao tratamento e encontra-se em risco. Neste momento, é preciso manter a família e a comunidade aliadas no que se refere às ações para facilitar o direcionamento dele a uma instituição especializada, mesmo que tal procedimento, em um primeiro instante, reforce o papel do “doente”, para que em seguida se retome o trabalho de rever os padrões de funcionamento familiar. Então, a importância dos métodos de abordagens e de

tratamentos não está apenas na participação da família e da comunidade, mas, antes de tudo, no envolvimento delas como partes integrantes do fenômeno e, portanto, da sua transformação.

Como já citado anteriormente, várias são as técnicas utilizadas nos processos de tratamentos direcionados às pessoas portadoras da síndrome de dependência de drogas, porém, discorrerei a seguir apenas sobre alguns processos que considero ilustrativos para abranger aspectos determinantes da recuperação, tais como: a “Terapia de família”, pela relevância do envolvimento do sistema familiar no tratamento, considerando-o como parte integrante do “problema” e da “solução”; a “Entrevista motivacional”, devido ao fato de objetivar a sensibilização do dependente (resistente e ambivalente a mudanças) para a aderência e manutenção do tratamento; a “Redução de danos”, que visa a outras possibilidades de trabalho para além da visão focada unicamente na abstinência total, e as “Técnicas de prevenção da recaída”, pela sua utilidade na manutenção da abstinência.

A Terapia Familiar Sistêmica entende que a desconstrução da dependência de drogas em um sistema familiar implica, dentre outras coisas, a ressignificação das suas inter-relações, assim como a construção de funcionamentos interno e externo, diferentes do que ocorria anteriormente. A família deve se reposicionar quanto aos papéis, funções e relações que os seus membros comumente exerciam neste sistema, assim como diante dos contextos nos quais estavam inseridos, envolvendo uma nova forma de ver e de se relacionar com todos os demais sistemas que fazem parte do problema (escola, trabalho e a comunidade em geral). Um processo de tratamento deve possibilitar tais rearranjos e, na medida do possível, englobar todo o sistema familiar e os demais que fazem parte do fenômeno. A família, deste modo, é um dos sistemas que colaboram tanto para construir e manter a dependência, quanto para desconstruí-la e ressignificá-la, sendo então primordial o seu envolvimento nos diversos momentos do processo de recuperação. Sudbrack (2001, p. 407) assinala que a intervenção clínica em terapia familiar propõe-se a trabalhar o funcionamento presente nos contextos familiares e sociais, extrapolando-se a questão do sintoma em si.

Procura identificar a construção familiar em torno da dependência, convidando os participantes a responderem perguntas como:

- Quem é dependente de quem e em quê?
- Como se revelam e como se caracterizam as dependências relacionais na família?
- Quem ganha e quem perde com as dependências?
- Qual o preço para si e para os outros, de permanecer na condição de dependência nesta família?

Estas questões enfatizam os movimentos inter-relacionais e as funções de cada posição e papel de seus membros no sistema como um todo. Essa autora acrescenta que a terapia familiar enfoca a construção conjunta de novas possibilidades relacionais na família, quebrando o maniqueísmo entre culpados e inocentes tão comuns nos contextos de dependência de drogas. Tem o intuito de promover a saúde da família e identificar a função do sintoma no sistema para redefinir novos posicionamentos a partir das competências de seus membros.

A terapia familiar deve ocorrer mesmo quando o próprio dependente não aceita tratamento, pois como já foi mencionado, a família dança uma “ciranda” que gira sempre na mesma direção: se um ou mais membros, a partir do processo terapêutico, resolverem redefinir o movimento, “obrigarão” o sistema a se reposicionar para a “ciranda” continuar, só que desta vez, com um redirecionamento. Minuchin (1982) frisa que o ser humano é um membro ativo e reativo dos grupos sociais onde se encontra, e assim, quando o funcionamento do sistema familiar é transformado, conseqüentemente os seus membros devem ser reposicionados, e as inter-relações e os papéis, redefinidos.

O trabalho com as famílias deve contemplar a rede social de apoio, que pode ser construída a partir da família extensa, da escola, do trabalho, de grupos religiosos e da comunidade em geral. Moura et al. (2009, p.32.) resgatam a

origem do termo a partir dos estudos de Barbosa et al. (2000), ressaltando que rede origina-se do latim *rete*, que significa “entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, com aberturas regulares fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido, teia”. As redes sociais são construídas ao longo do tempo a partir de articulações, conexões, vínculos, ações complementares, relações horizontais, interdependências e outros movimentos entre o indivíduo e diversos grupos, tais como a família, o trabalho, a escola, as comunidades religiosas, etc. É relevante destacar que as redes podem ser construtivas ou não para o indivíduo e sua família. No caso da dependência de drogas, o tráfico é um exemplo de rede que colabora para a manutenção e o agravamento do fenômeno das drogas, e os grupos de ajuda mútua podem ser considerados uma rede de apoio que colabora para proporcionar um suporte necessário no processo de transformação e recuperação da dependência de drogas do indivíduo e da família.

Speck e Attneave (1990) não desvinculam o indivíduo de sua rede social, ou seja, se a pessoa está mal, a sua rede também está, e então o “paciente” não é apenas o sujeito em si, mas também a rede. Esta visão é interessante no que se refere à dimensão mais ampla das questões relacionadas à saúde emocional dos seres humanos. É possível refletir sobre a importância do dinamismo em relação ao termo, uma vez que a rede é parte tanto do processo de transformação construtiva, como da manutenção e agravamento do fenômeno, sendo, portanto, considerada tanto como o “doente” quanto como a própria estrutura de tratamento.

Na verdade, entendo que na prática, a terapia de família no tratamento da dependência de drogas deve considerar não apenas a família nuclear, mas ainda a rede social de apoio, sendo que o terapeuta se coloca como parte do sistema e se movimenta no sentido de alinhar os recursos da comunidade e até mesmo agrupar, em alguns momentos, outras famílias (grupos multifamiliares).

A entrevista motivacional é uma técnica terapêutica preferencialmente direcionada aos indivíduos resistentes e ambivalentes, objetivando colocá-los em movimento, no caminho para a mudança. Este conceito originou-se nas discussões entre alguns psicólogos noruegueses que pensavam em sua prática

clínica com dependentes de drogas. Neste cenário tornava-se claro quanto esta técnica inicialmente tinha um enfoque prático. Assim, Miller e Rollnick (2001, p. 61.) descreveram entrevista motivacional como sendo uma forma específica de colaborar com que as pessoas reconheçam e façam algo a respeito de seus problemas recentes ou potenciais. Esta prática clínica parte de cinco princípios gerais:

- Expressar empatia: entende-se empatia como *“a escuta reflexiva e habilidosa que esclarece e amplifica a experiência e o significado próprios do paciente, sem impor o material do terapeuta”* (Gordon, 1970, apud Miller e Rollnick, 2001, p. 23). A partir de uma habilidosa escuta reflexiva, o terapeuta procura compreender e aceitar os sentimentos e o pensamento do paciente em relação a si e ao problema, sem julgá-lo, criticá-lo ou culpá-lo. Aceitar neste caso não significa não diferir e concordar, mas sim compreender a *“linha de raciocínio”* e os seus movimentos no que se refere ao tema em questão. Ademais, o terapeuta normaliza a ambivalência, vendo-a como parte do processo e não como patológica. Esta postura do terapeuta facilita a aliança terapêutica e a aceitação liberta o paciente para a mudança na medida em que não o aprisiona na culpa;
- Desenvolver a discrepância: neste caso, o terapeuta questiona o paciente sobre as metas que se propõe a atingir e as atitudes e caminhos que escolhe. Reflete com ele quanto é evidenciado a partir do próprio discurso do paciente, da discrepância entre os seus objetivos e dos métodos construídos para alcançá-los. Este procedimento terapêutico possibilita que o próprio paciente perceba as suas incoerências e busque suas soluções;
- Evitar a argumentação: este princípio corresponde a evitar explicar para o paciente o que ele deve ou não fazer a partir de dados e argumentos teóricos ou práticos. O perigo de o terapeuta assumir um movimento de argumentação é o de se colocar na postura de *“eu sei o que é melhor para você”*, podendo assim aumentar a resistência do paciente e

impossibilitá-lo de buscar as próprias soluções, mesmo que estas sejam ineficazes em um primeiro momento;

- Acompanhar a resistência: é estar junto com o paciente na construção da percepção que tem de si e das situações. Refletir e ampliar as possibilidades sem impor soluções permite que ele sinta que é parte integrante das transformações e que não está lá para lutar com o terapeuta, mas sim consigo mesmo;
- Promover a autoeficácia: significa dar ênfase na responsabilidade e nas competências do paciente para a transformação da própria vida. É mostrar-lhe que as mudanças dependem dele e ninguém fará isso em seu lugar, assim como trazer-lhe à mente coisas que ele já conseguiu e apresentar-lhe experiências bem-sucedidas conquistadas por outras pessoas (mostrando que é possível resolver e superar as dificuldades).

A vantagem desta técnica é possibilitar ao terapeuta sair de uma postura confrontativa que, em muitos casos, só reforça a resistência do paciente, colaborando para aumentar os índices de abandono comumente encontrados nos tratamentos de dependentes de drogas. Isto não significa dizer que, em certas situações, o confronto não deva ser utilizado no contexto terapêutico. O modelo confrontativo (não agressivo) parte do pressuposto de que o dependente de drogas se “defende” da realidade e distorce a percepção dela e de si, e trazer dados da realidade de maneira firme seria colaborar para a “quebra” destas defesas a fim de proporcionar uma maior conscientização em relação à forma com que ele lida consigo, com a dependência e com suas relações interpessoais, a tal ponto que lhe possibilite iniciar um processo de mudança (Miller, Rollnick, 2001).

Ainda na entrevista motivacional, Miller e Rollnick (2001, pp. 35-41) sugerem certas posturas e estratégias do terapeuta na prática clínica, que objetivam aumentar a probabilidade de os pacientes direcionarem os seus comportamentos no caminho da mudança. São elas:

- Oferecer orientação elucidando questões relacionadas ao caso pode esclarecer situações que por desconhecimento aumentam o nível de ansiedade e angústia. Ex.: explicar à esposa de um alcoolista que o excesso de bebida alcoólica pode ocasionar *delirium* de ciúmes. Este tipo de esclarecimento colabora para dar um significado às crises de ciúmes do marido alcoolista, minimizando o seu sentimento de culpa;
- Remover as barreiras que o impeçam de efetuar o tratamento pode colaborar para a sua realização. O terapeuta deve identificar os impedimentos e ajudar em termos práticos a viabilizar o tratamento;
- Proporcionar escolhas no sentido de contribuir para que o paciente tenha a liberdade e a responsabilidade de definir caminhos próprios a serem seguidos. O terapeuta deve caminhar junto e refletir sobre as possibilidades, porém a decisão deve ser do cliente;
- Construir com o cliente uma análise dos custos e dos benefícios em manter o *statu quo*, assim como, a partir deste balanço, criar estratégias que minimizem os benefícios da manutenção do comportamento, fortalecendo as vantagens das suas mudanças;
- Praticar a empatia no sentido de desenvolver habilidades específicas para a compreensão dos significados atribuídos pelo paciente, a partir de perguntas e uma escuta reflexiva;
- Proporcionar *feedbacks* em relação à situação do paciente, isto é, mostrar claramente as consequências e os riscos decorrentes do seu comportamento;
- Esclarecer os objetivos, isto é, estabelecer metas realistas bem definidas a serem atingidas ao longo do processo de tratamento;
- Ajudar ativamente, ou seja, telefonar para o paciente caso ele falte, buscar recursos na comunidade e indicá-los ao cliente, e outras ações práticas e concretas que colaborem com a mudança do cliente.

Tais práticas clínicas colocam o profissional em uma postura mais estratégica perante o cliente, e a relação terapêutica torna-se mais concreta e presente. Em minha experiência clínica, estabelecer uma relação mais presente, transitando entre as posturas reflexivas e estratégicas, facilita o estabelecimento do vínculo terapêutico, possibilitando um espaço mais seguro e de confiança para a mudança.

A redução de danos é outro modelo de trabalho que permite às ações direcionadas ao fenômeno da dependência de drogas saírem do maniqueísmo entre abstinência total e permissão do uso de drogas sem qualquer “atitude protetora”. Foi um movimento internacional construído na década de 80, a partir da descoberta do vírus do HIV, como uma alternativa de saúde pública diante dos únicos modelos vigentes relacionados ao moralismo, à criminalidade e à doença. Sua origem se relacionou com as políticas públicas, definindo em seguida técnicas de tratamento. Marlatt (1999, pp. 46-51.) descreve os seus princípios básicos como:

- Foco nas consequências ou efeitos dos comportamentos dos dependentes de drogas, isto é, oferecem alternativas e uma variedade de procedimentos objetivando minimizar os prejuízos decorrentes do uso de drogas;
- Aceita a abstinência total como resultado ideal, porém trabalha passo a passo reduzindo os danos causados pelo uso de drogas. Não se “preocupa” em rotular o comportamento como legal, ilegal ou doentio, mas sim estimula cada movimento que minimize as consequências e direcione o dependente para um caminho cada vez mais construtivo;
- Constrói as suas políticas e ações a partir das necessidades dos dependentes de drogas, ou seja, esta abordagem surgiu como atitudes construídas “de baixo para cima” e não o contrário, promovidas pelos formadores das políticas “antidrogas” distanciados da realidade e demandas dos próprios dependentes;

- Promove acesso a “serviços de baixa exigência” como uma alternativa a “serviços de alta exigência” (abstinência total), isto é, os profissionais que trabalham com esta visão estabelecem uma aliança com o dependente, independentemente de ele querer ou não usar drogas, estar ou não agindo conforme as exigências sociais. Vão ao encontro deles “onde estão” e não “onde deveriam estar”, não os estigmatizam, assim como não trabalham apenas o uso de drogas, mas sim uma gama de comportamentos consequentes, definindo-os como comportamentos mal adaptados às respostas ante os problemas e não como doentes ou imorais;
- Trabalha baseado no “pragmatismo empático”, ou seja, aceita o que é possível ser feito para reduzir os danos na vida do indivíduo e na sociedade, sem julgar o comportamento como bom ou ruim, certo ou errado.

Tais princípios são importantes quando se referem às políticas públicas e ao manejo dos tratamentos direcionados a uma determinada população, porém vale considerar que os profissionais da área devem ser cautelosos para não “levantarem a bandeira da redução de danos” a partir de discursos passionais, considerando-a como única maneira de trabalhar o dependente de drogas, criticando severamente modelos focados na abstinência total. Muitas instituições trabalham com modelos que visam à abstinência total como uma das metas a serem atingidas, e são tão “sérias” quanto as que se utilizam das técnicas de redução de danos, chegando a resultados positivos com certos públicos. Além disso, as ações de redução de danos devem partir das demandas locais, e não serem importações pouco adaptadas à realidade brasileira.

Outros aspectos relevantes ao se pensar em tratamento são os fatores de risco e de proteção da reincidência às drogas. Os trabalhos direcionados aos dependentes de drogas e seus familiares devem contemplar ações de prevenção da recaída.

Marques et al. (2011) levantam alguns aspectos que podem colaborar para a reincidência no uso de drogas:

- Local de residência, fatores interpessoais e relacionamentos conjugais são aspectos contextuais que podem ser desfavoráveis para a recuperação se não forem trabalhados;
- Para o homem, o desemprego e o tipo de emprego representam um maior número de fatores de recaída, e nas mulheres o risco está em testar o seu controle pessoal.

Marlatt (1993, p. 3) aponta que a Prevenção da Recaída

(...) tem por objetivo ensinar os indivíduos que tentam mudar o seu comportamento a prever e lidar com o problema da recaída. Esta técnica se baseia nos princípios da teoria do aprendizado social e é um programa de autocontrole que combina procedimentos de treinamento das habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e de mudanças no estilo de vida.

Silva et al. (1995) desenvolveram uma pesquisa que categorizou os motivos e o padrão dos episódios de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas, durante o tratamento na Unidade de Dependência de Drogas do Centro de Pesquisa em Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. Os fatores de reincidência identificados estavam relacionados aos aspectos intra e interpessoais, pressupondo a importância do desenvolvimento nos tratamentos de técnicas de habilidades para o enfrentamento de situações que representem risco de recaída.

Silva e Serra (2004) ressaltam vários aspectos que devem ser trabalhados como técnicas de prevenção da recaída:

- Identificação do grau de motivação do paciente (a abordagem de tratamento deve estar relacionada ao estágio motivacional do paciente);

- Identificar as situações de risco para desenvolver habilidades de enfrentamento adequadas (ambientes, companhias, disponibilidade de droga, acesso fácil e todos os determinantes intrapessoais e interpessoais podem ser situações de risco);
- Mudanças do estilo de vida (os estudos salientam que as chances de recaídas são maiores nas pessoas que mantêm os mesmos hábitos de quando usavam drogas; ex.: amigos, locais e atitudes);
- Identificação dos processos de recaída (em geral, as recaídas obedecem a um padrão que envolve uma sucessão de cognições e comportamentos, num processo que pode ter início em uma decisão que, aparentemente, não tenha nenhuma relação com o uso da droga);
- Identificar as decisões que parecem irrelevantes (ex.: diante de dificuldades interpessoais, o paciente resolve caminhar por ambientes em que antes fazia uso de drogas. Aparentemente não havia uma intenção consciente de usá-las, porém cabe ao tratamento identificar o risco);
- Fatores cognitivos associados à recaída (uma sucessão de pensamentos que levam à recaída);
- Confluência de situações de risco (em geral as recaídas ocorrem por uma sucessão de fatores de riscos associados, e cabe ao tratamento identificá-los para prevenir a recaída);
- Treinamento de habilidades (comunicação verbal e não verbal; assertividade; fazer e receber críticas; dizer não, inclusive ao uso de drogas).

Apesar da relevância em identificar os fatores de risco para trabalhá-los suficientemente desenvolvendo ações de prevenção da recaída, faz-se necessário também considerar os movimentos familiares que podem colaborar na

reincidência do uso de drogas. Assim sendo, a redefinição das inter-relações que contribuíram para a construção e manutenção da dependência de drogas no sistema familiar, muitas vezes construídas intergeracionalmente, são aspectos fundamentais a serem contemplados neste tipo de trabalho. Portanto, as técnicas de prevenção da recaída não dependem apenas do desenvolvimento de habilidades do indivíduo para enfrentar as vicissitudes de sua vida, mas também da redefinição de certos funcionamentos do sistema familiar que possibilitem transformações construtivas direcionadas ao crescimento de seus membros.

Todas essas técnicas e abordagens são utilizadas por diversas organizações de tratamentos existentes no mundo ocidental. Vale ressaltar quais são os tipos de instituições vigentes no Brasil responsáveis pelo tratamento dos dependentes de drogas.

- Os grupos de ajuda mútua: são organizações importantes para a realidade brasileira devido à acessibilidade, na medida em que existem vários grupos em diversas regiões e a participação é gratuita (Pechansky, 2008).
- Alcoólicos Anônimos (AA): é um dos grupos de autoajuda que deram origem a outros, direcionados a patologias distintas que trabalham sob as mesmas bases (ex.: Narcóticos Anônimos, grupo de ajuda para dependentes de outras drogas que não o álcool e o tabaco; Fumantes Anônimos, focados em dependentes de tabaco que queiram parar de fumar; Al Anon e Nar Anon, direcionados aos familiares de alcoolistas e dependentes de outras drogas, respectivamente, etc.). Os AA foram criados em 1935 por um banqueiro americano chamado Roland Hazard, alcoolista que inicialmente se tratou com Carl Gustav Jung (sem sucesso), e posteriormente por indicação do mesmo profissional, participou do Oxford Group (movimento evangélico), onde conseguiu parar de beber. A partir daí, montou o subgrupo de alcoolistas dentro do Oxford Group, que originaria posteriormente o AA na cidade de Akron, em Ohio. Hoje estima-se que existam 98.710 grupos com 1.989.124 membros em 150 países diferentes, sendo que no Brasil há

aproximadamente 6.000 grupos e 121.000 membros (Burns e Labonia Filho, 2008).

Reis (2007) define os grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos) como um processo de construção da identidade social na recuperação da dependência de drogas.

Esta autora identificou nos AA os seguintes aspectos:

- Colabora no processo de “desculpabilização”, uma vez que o alcoolismo é visto como uma doença progressiva, incurável e de fim fatal;
- Gera uma individuação e “super-responsabilização”, na medida em que o indivíduo, membro do grupo, é o responsável pelo sucesso ou fracasso na sua recuperação;
- Propicia um espaço para seus membros falarem do seu alcoolismo, gerando identificação entre os participantes das reuniões, proporcionando alívio no sofrimento gerado pelo alcoolismo e um processo ativo de retomada da vida, em termos gerais (incluindo as relações, a profissão, etc.);
- A autonomia dos grupos, isto é, não estão ligados a nenhuma organização específica, seja pública ou particular, faz com que exista um forte componente de igualdade e horizontalidade, sem uma clara divisão hierárquica entre o que recebe e o que presta ajuda. A meu ver, isso facilita o pedido de ajuda do dependente e sua autoestima, pois sai do lugar do “doente” necessitando da ajuda de todos, para se reposicionar na possibilidade de ora ajudar e ora ser ajudado por alguém “igual” a ele e não superior;

A prática clínica me permitiu ouvir de muitos pacientes que tais grupos os faziam sentir-se acolhidos e pertencentes a um grupo sem serem discriminados,

assim como representavam uma rede de apoio e de identificação. Acredito que os grupos de ajuda mútua constituem uma importante rede social de apoio e de pertencimento não apenas para o dependente de drogas, mas também para todo o sistema familiar, facilitando o processo de ressignificação da dependência na família e de fácil acesso para todas as camadas sociais, uma vez que no Brasil as políticas públicas direcionadas ao tratamento da dependência de drogas ainda são insuficientes.

As instituições de internação também são organizações necessárias e de diversos formatos, específicos para cada situação referente a cada caso. São recursos importantes para os indivíduos que apresentam características e contextos de vida específicos. Leite (1999) descreve alguns critérios que justificam uma internação:

- Ameaça de suicídio ou comportamento autodestrutivo;
- Quando o paciente ameaça a integridade física de outras pessoas;
- Pacientes com sintomas de transtornos psiquiátricos graves que se encontram em crise (psicoses, depressão e mania);
- Presença de complicações clínicas importantes;
- Necessidade de desintoxicação com acompanhamentos médico e de enfermagem constantes;
- Dificuldade de atingir a abstinência e quebrar o ciclo de abuso de drogas apenas com acompanhamento ambulatorial;
- Contextos social e familiar desfavoráveis para oferecer suporte suficiente no processo de recuperação.

Existem vários modelos de internações e cada um apresenta peculiaridades e estruturas que se ajustam a determinados perfis de pessoas e momentos de vida.

As clínicas que apresentam estruturas mais fechadas e de contenção são direcionadas aos casos em que o paciente não aceita tratamento e está ameaçando a própria vida ou a vida de terceiros. Tais casos são internados involuntariamente, a fim de minimizar os riscos de morte ou lesões graves. Este modelo de tratamento é um recurso transitório, isto é, deve ser utilizado por um período curto, apenas para tirar o paciente de uma crise “excessivamente destrutiva” e “sem controle”; posteriormente deve-se sensibilizá-lo e direcioná-lo a uma estrutura de tratamento “aberta”, de menor contenção.

As instituições de internações voluntárias podem ser clínicas médicas que apresentam equipes interdisciplinares envolvendo profissionais: psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, professores de educação física e outros, e apresentam diversos modelos de tratamento e tempos distintos de internação, porém objetivam, de maneira geral, trabalhar o dependente de drogas e a família que aceitam a internação (mesmo que por “pressão” social como o trabalho, a família, etc.).

As Comunidades Terapêuticas também são instituições de internação voluntária. Este modelo de tratamento iniciou-se em 1958 com Chuck Dederich e um grupo de alcoolistas que se encontravam abstinentes, e decidiram viver juntos com o objetivo de construir um estilo de vida alternativo e saudável. Foi assim que fundaram em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica com o nome de Synanon (Fracasso, 2008). Ao longo dos anos, este modelo de trabalho se espalhou por diversos países e hoje, de maneira geral, funciona a partir das seguintes características:

- Internação prolongada (de quatro a nove meses aproximadamente);
- Equipe transdisciplinar trabalhando horizontalmente junto ao residente, isto é, não se colocam em uma posição superior e muitos membros da equipe são dependentes de drogas que se recuperaram e passam ao grupo a sua experiência;

- A manutenção da comunidade é realizada pelos próprios residentes (alimentação, limpeza, organização geral, caracterizando um processo de laborterapia);
- Muitas se utilizam do programa dos 12 passos sugeridos por Alcoólicos Anônimos, valores de espiritualidade e outras atividades terapêuticas, tais como terapias de grupo e individuais, palestras, grupos multifamiliares, terapia familiar, atividades físicas, esportes, dentre outras.

Fracasso (2008, p. 30) cita Goti (1997) para definir a abordagem da Comunidade Terapêutica da seguinte maneira:

- Aceitação voluntária do tratamento;
- Triagem como início do processo terapêutico, uma vez que este modelo de tratamento não serve para todo tipo de dependente de drogas;
- Reprodução da realidade externa da melhor maneira possível, para facilitar a reintegração social;
- Modelo de tratamento residencial estruturado;
- Sistema de “pressões artificialmente provocadas”;
- Explicação da patologia;
- Os pares servem como “espelho” de seus comportamentos;
- Clima de tensão afetiva;
- Equipe atuando como apoio, sendo o residente o protagonista da própria recuperação.

Além das internações, outras instituições públicas e particulares oferecem os seguintes tratamentos:

- Ambulatorial: este tipo de tratamento se direciona aos dependentes de drogas que não necessitam de um afastamento do convívio social para se tratarem. O paciente e seus familiares frequentam a instituição para fazer as terapias e voltam para casa. Muitos ambulatórios apresentam equipes interdisciplinares e a frequência e atividades não são diárias, e o período de permanência na instituição é apenas durante as consultas;
- Hospitais-dia: é o modelo indicado aos dependentes que necessitam de um tratamento mais intenso, porém não precisam ser afastados do convívio social. O dependente de início costuma frequentar a instituição diariamente em período integral ou meio período, voltando para casa ao término das atividades, e ao longo do tratamento esta frequência costuma diminuir gradativamente. A família em geral é envolvida no tratamento e costuma-se ter equipes interdisciplinares ou transdisciplinares;
- Casas de passagem ou moradia assistida: são ambientes de moradia com uma estrutura terapêutica direcionada aos casos em que não possuem um contexto favorável de residência, isto é, quando voltar para casa representa um risco de recaída ou de vida.

Finalmente, o tratamento também pode ser realizado por profissionais liberais em seus consultórios, os quais devem ter consciência de que o trabalho precisa “transpor as paredes do consultório”, utilizando-se dos recursos da comunidade como redes de apoio fundamentais ao longo do processo de recuperação.

Enfim, tratar do dependente de drogas e de sua família requer um conhecimento amplo da multifatorialidade deste fenômeno, e também há que se ter flexibilidade e dinamismo para compor diversos recursos de tratamento em diferentes momentos. Apesar das críticas em relação às estruturas de internação, sejam elas voluntárias ou involuntárias, a prática clínica com esses pacientes me mostrou quanto são importantes todos esses modelos de tratamentos (sejam eles

privados ou públicos, desde que sérios e estruturados). Vale destacar ainda que cada um deve ser utilizado para casos e momentos específicos, sem serem considerados como a única forma de trabalho, mas sim como um dos diversos recursos de tratamento a serem usados ao longo de todo o processo de recuperação do dependente e de sua família.

## 4 MÉTODO

Esta pesquisa segue os fundamentos teóricos da visão sistêmico-cibernética, baseada em novo paradigma da ciência. A postura adotada nesta pesquisa respeita os seguintes pressupostos:

**Complexidade:** buscar a ampliação do foco de observação, vendo sistemas de sistemas, contextualizando o fenômeno e focalizando as interações recursivas;

**Instabilidade:** acreditar nos processos de auto-organização, considerando o “verbo estar”, isto é, trabalhando com a mudança no sistema e admitindo que não se controlam os processos;

**Intersubjetividade:** considerar outras descrições, reconhecendo parte do sistema e atuando na perspectiva da construção conjunta das soluções (Vasconcellos, 2002).

Descrevendo com maiores detalhes o acima citado, posso afirmar que essa forma de perceber o mundo procura:

Não restringir o conhecimento a uma verdade absoluta, levando em consideração diversos pontos de vista sobre um mesmo fenômeno;

Desfragmentar a ciência e desconstruir a hierarquia entre as diversas disciplinas;

Olhar o organismo como um todo integrado, levando em consideração todos os aspectos biopsicossociais e espirituais que o envolvem. A espiritualidade consiste em uma inclinação para o transcendente, abarcando as indagações e vivências voltadas para o sentido último da existência. A religiosidade é uma consequência deste movimento, que pode não ocorrer conscientemente, mas envolve crenças implícitas ou explícitas e formas singulares de relação com o Sagrado (Ancona-Lopez, 1999).

Esse paradigma trouxe também a noção de sistemas, organização/ordem/desordem e outros conceitos importantes para a compreensão e a construção do conhecimento; ampliou a causalidade, passando a considerar a circularidade nas relações e nos acontecimentos, bem como dissolveu a dicotomia estabelecida entre o observador e o observado (Vasconcellos, 2002).

Não será possível embasar-me no paradigma moderno, já que este restringe o conhecimento ao simplificar o fenômeno para analisá-lo. Departamentaliza e hierarquiza as ciências, gerando grandes especialistas que fragmentam a visão dos objetos estudados. Essa forma de pensar se baseia nas causalidades lineares, deixando de lado todos os processos de retroalimentação, reciprocidade e complementariedade que ocorrem nas relações. O conhecimento está a serviço do controle dos fenômenos, criando leis gerais, desconsiderando os momentos históricos e socioculturais. A cisão entre objeto de estudo e observador é valorizada e vista como a única forma de se manter a “neutralidade” e a “fidedignidade dos fatos”. Desta maneira, compreender o mundo a partir do paradigma moderno é simplificar e reduzir a complexidade de sua existência.

Diante do exposto, minha tese se justifica ao basear-se na visão sistêmico-cibernética. Vale destacar ainda que a cibernética à qual me refiro é a de segunda ordem, que ressalta a coparticipação entre observador e objeto observado na construção do conhecimento (Grandesso, 2000). Sendo assim, este trabalho se caracteriza por ser uma pesquisa qualitativa, na qual desenvolvi uma construção conjunta dos significados a partir de uma postura ativa de pesquisadora, visando a estabelecer com os participantes uma compreensão conjunta do tema em questão. Considero a pesquisa qualitativa como uma possibilidade de compreender o fenômeno em termos do significado que os indivíduos a ele conferem, levando em consideração o olhar do observador (com todas as suas crenças e valores), o contexto e a inter-relação estabelecida entre observador e observado, a partir de uma abordagem interpretativa, naturalista (Denzin e Lincoln, 2006).

Para tanto, utilizei como instrumento “História de vida”, a partir de entrevistas semiestruturadas, com pessoas que estabeleceram uma relação de dependência com drogas psicoativas, da classe média paulista, que passaram por um processo de tratamento e encontram-se em abstinência. Vale esclarecer que ao citar “História de vida”, não estou me referindo à existência de apenas uma história a ser contada, mas sim a múltiplas possibilidades de construção de narrativas ao longo da vida (Grandesso, 2000). Ou seja, as histórias relatadas não foram consideradas como fatos e verdades absolutas imutáveis, mas como maneiras de ver a própria história em um momento da vida, passíveis de serem transformadas e recontadas.

Minha interação com os entrevistados implicou fazer parte do sistema em questão e ser respeitosa, na medida em que mantive uma escuta aberta, validando cada uma de todas as narrativas das pessoas em conversação. Além disso, assumi a postura do “não saber”, isto é, tive o desejo de aprender com o participante como ele próprio atribui significado à sua experiência, estabelecendo uma responsabilidade compartilhada com ele, adotando uma posição menos hierárquica e autoritária (Grandesso, 2000).

Baseei-me na terapia sistêmico-cibernética de segunda ordem para construir a tese, porquanto esta abordagem não percebe os fenômenos de forma maniqueísta, buscando achar culpados e inocentes, mas sim procura compreender, a partir dos discursos construídos pelo próprio indivíduo, suas narrativas, os processos inter-relacionais circulares que se retroalimentam para manter o equilíbrio e funcionamento dos sistemas e os significados a ele atribuídos. Centra-se no próprio narrador e considera que este possui habilidades, valores, crenças, compromissos e competências para ressignificar e transformar as suas dificuldades em experiências construtivas, separando o “problema” da “pessoa” (Morgan, 2007).

Em outras palavras, acredito que o indivíduo que estabelece uma relação de dependência com a droga, apesar de aparentemente se “misturar” com ela, convidando-nos a pensar que é uma unidade indiscriminada, não é. Existe uma pessoa que se encontra inserida em um determinado contexto e está em relação

transitória com a droga, podendo esta ser desconstruída e ressignificada pelo próprio ser humano em questão, juntamente com os sistemas aos quais pertence. Grandesso ressalta que as narrativas não são estáticas, estando sempre abertas para uma reconstrução transformadora (Grandesso, 2000). Neste caso, os sujeitos entrevistados foram os protagonistas da própria história e, portanto, os mais apropriados para narrar e me “ensinar” como ocorreram os processos de construção e desconstrução da dependência de drogas em suas vidas.

Dentre todos os princípios da maneira narrativa de se trabalhar, dois foram utilizados ao longo das entrevistas: mantive uma atitude de curiosidade, efetuando perguntas cujas respostas eu, efetivamente, não sabia. Considero que as histórias narradas consistem em eventos ligados em sequência através do tempo, de acordo com um enredo. “Uma narrativa é como uma linha que entrelaça os eventos, formando uma história” (Morgan, 2007).

Vale salientar a importância do contexto e a influência mútua entre as narrativas sociais e individuais. Segundo Grandesso (2000), “as narrativas são socialmente construídas e negociadas no contexto das relações, mas também não se pode excluir que as pessoas singulares se apropriam das narrativas sociais, desenvolvendo suas próprias narrativas”. Portanto, considero relevante ressaltar que as histórias relatadas pelos entrevistados, nesta tese, estão mutuamente relacionadas com os contextos socioculturais e históricos nos quais os protagonistas estão inseridos.

#### **4.1 Participantes**

Para a realização desta pesquisa contei com os seguintes participantes: indivíduos que fizeram uso prejudicial de drogas psicoativas em um determinado período de suas vidas, a tal ponto que foram diagnosticados como portadores da síndrome de dependência de drogas (segundo os critérios médicos vigentes DSM IV e CID 10), e passaram por um processo de tratamento (internação e

psicoterápico) e se encontram abstinentes destas substâncias há mais de cinco anos. Assim como um membro da família de cada um deles.

Todos são de classe média paulista (segundo critério estabelecido pelo índice de vulnerabilidade paulista) e possuem as seguintes características:

- Três homens na faixa etária dos quarenta a quarenta e oito anos que estabeleceram dependência de múltiplas drogas, envolvendo álcool, cocaína e maconha. Cada um deles possui um filho adolescente. Um permanece casado com a esposa que acompanhou tanto a construção quanto a desconstrução de sua dependência de drogas; outro encontra-se separado, e o terceiro está casado pela segunda vez. Os familiares entrevistados foram respectivamente a esposa do que permanece casado e as mães dos demais. Todos foram internados e fizeram terapia posteriormente. Suas ocupações laborais atuais são: um é dono de uma comunidade terapêutica para dependentes de drogas, outro formou-se em psicologia e trabalha também com o tratamento de dependentes, e o terceiro trabalha com eventos e paralelamente colabora com o tratamento de dependentes de drogas;
- Três mulheres, uma na faixa dos quarenta anos e as outras duas na faixa dos cinquenta anos, sendo duas dependentes de álcool, cocaína e maconha, e outra dependente de álcool e benzodiazepínicos. Uma está casada até a presente data com o marido que viveu todo o processo de construção e desconstrução de sua dependência de drogas e tem três filhos adultos jovens (na faixa dos vinte anos); outra separou-se do primeiro marido, tem uma filha adolescente desta união e atualmente está noiva; a terceira é solteira e não tem filhos. As famílias entrevistadas foram respectivamente o marido da que permanece casada, a mãe da que está noiva e as irmãs da que se encontra solteira. Todas foram internadas e fizeram terapia posteriormente.

## **4.2 Procedimentos para a coleta de dados**

Os sujeitos participaram das entrevistas voluntariamente e foram contatados a partir de uma amostra por conveniência inicialmente, sendo complementada pelo sistema de bola de neve, isto é, convidei pessoas conhecidas que se relacionaram comigo em ambientes de tratamento, ou como pacientes ou como equipe de trabalho, e estas indicaram outros participantes.

As entrevistas foram gravadas e realizadas em ambientes que fazem parte da rotina dos participantes (seus ambientes naturais de vida, ex., no trabalho ou na casa).

Entrevistei individualmente cada participante em duas etapas, sendo que na primeira utilizei entrevista semiestruturada e na segunda construímos em conjunto o genograma de suas famílias. Posteriormente entrevistei um ou dois membros da família de cada participante. O critério de escolha da família foi a disponibilidade para participar e o fato de ter vivido direta ou indiretamente o processo da construção e desconstrução da dependência de drogas. O número total de entrevistas realizadas obedeceu ao critério de saturação dos dados, ou seja, a interrupção ocorreu quando o conteúdo passou a se repetir suficientemente para a construção de categorias.

## **4.3 Plano de Análise de Dados**

A investigação qualitativa respeitou a postura epistemológico-hermenêutica, uma vez que:

A compreensão do fenômeno se deu pela interpretação e não ocorreu a partir de estruturas isoladas e controladas, mas sim de uma estrutura básica que faz parte da experiência da vida humana (Gadamer, 1970, in Denzin e Lincoln, 2006);

A interpretação realizada pelo observador, no caso a pesquisadora, não está isenta dos seus preconceitos, valores e crenças. Estes aspectos fazem parte do processo interpretativo, visto que a compreensão de um fenômeno não é algo estático e único, que possui uma verdade absoluta a ser descoberta, mas algo construído no contexto e na relação;

“A compreensão é participativa, conversacional e dialógica” (Denzin e Lincoln, 2006, p.199);

Nesta tese utilizei a interpretação do significado a partir de uma perspectiva hermenêutica. Baseei-me na visão de Macedo et al. (2004), que dizem:

O objetivo da interpretação é o da compreensão em um processo concebido em um arco hermenêutico. De uma aproximação subjetiva, este arco constrói o mundo que está por detrás do texto, através da pré-compreensão, dando um sentido para a sua totalidade, com o qual vamos ao seu encontro. A análise de texto impede uma expressão completa da subjetividade do leitor, que quanto mais avança num sentido, mais é impedida de se expressar. A interpretação revela o sentido do texto não mais como uma situação, mas como um tipo de mundo aberto por suas referências não ostensivas. Assim a pesquisa faz emergir uma narrativa considerada uma continuidade entre as histórias iniciais contadas pelos participantes, e a história final dirigida a uma audiência. Iniciando-se no dito e buscando a compreensão, renova as conversações, desenvolvendo uma zona de significados, que mantém uma tensão entre o horizonte dos participantes e o horizonte do investigador.

Na prática, o processo todo de interpretação do significado levou em consideração o seguinte:

A situação de encontro com os participantes como já fazendo parte do processo interpretativo, uma vez que o vivenciado será transformado em linguagem, portanto, fui até a residência ou o trabalho dos participantes para me incluir no sistema cotidiano deles.

Os três momentos (entrevista semiestruturada, genograma e entrevista com a família) tiveram como foco inicial o processo de construção e desconstrução da dependência de drogas do participante. Durante os encontros,

foram co-construídos diálogos que me permitiram condensar e interpretar os diversos significados atribuídos pelos participantes até que o tema fosse compreendido de diversas formas;

A transcrição das entrevistas me permitiu um primeiro olhar do que é essencial no material, baseado no objetivo do trabalho e na literatura levantada na revisão bibliográfica;

As leituras e a construção da compreensão das entrevistas respeitaram um movimento circular envolvendo a visão do todo e das partes. Várias leituras ocorreram até que os significados dos diferentes temas construíssem uma unidade coerente;

Ao interpretar o conteúdo lido, trabalhei as relações de significados não aparentes, isto é, o que estivesse além do dito diretamente;

A interpretação realizada não pretendeu concluir uma verdade absoluta, mas sim conjecturas consideradas aproximações probabilísticas. Ela pode ser validada pela argumentação, permitindo atribuir um sentido aceitável ao subjetivo.

Baseada nas diversas leituras das entrevistas, a partir de um movimento circular entre o todo e as partes, efetuei uma condensação a fim de buscar unidades de significados que expressassem o ponto de vista de cada participante

A partir da condensação dos dados, foi possível construir uma categorização temática dos significados, dando uma visão de ocorrência de ações, crenças, atitudes de todos os participantes

Assim sendo, após a transcrição das entrevistas, foram efetuadas sucessivas leituras que possibilitaram levantar os diversos temas comuns que apareceram nas narrativas dos entrevistados. Estes conteúdos foram reunidos em categorias temáticas definidas a partir da organização de quatro grupos expressos da seguinte maneira:

- Grupo I: aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas sob o ponto de vista do dependente de drogas;
- Grupo II: aspectos mais frequentes que colaboraram para a desconstrução da dependência de drogas sob o ponto de vista do dependente de drogas;
- Grupo III: aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas sob o ponto de vista da família;
- Grupo IV: aspectos mais frequentes que colaboraram para a desconstrução da dependência de drogas sob o ponto de vista da família;

Finalmente, foi possível efetuar a análise interpretativa dos conteúdos, baseada no significado do ponto de vista hermenêutico, construído em conjunto na conversação.

## **5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

Conforme citado anteriormente, as entrevistas realizadas permitiram identificar conteúdos que se repetiram nas narrativas, possibilitando levantar aspectos importantes da construção e da desconstrução da dependência de drogas nesta população. Apesar das especificidades de cada história, muitos foram os aspectos comuns dos discursos que facilitaram reflexões e paralelos com os estudos sobre o assunto. Assim sendo, seguem os quadros que organizaram os dados da seguinte maneira:

Quadro I

<b>Grupo I</b>							
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas							
		H	E	V	H	M	J
<b>Intergeneracionalidade e dependência de drogas</b>	Abuso de drogas e/ou dependência de drogas como repetição de padrão intergeracional	X	X	X	X	X	X
	Compulsão como repetição de padrão intergeracional		X	X	X	X	
	Pai apresentando abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas		X	X	X	X	
<b>A relação do dependente com a droga</b>	Início antes dos 18 anos		X	X		X	X
	Uso do álcool mais drogas ilícitas		X	X	X	X	X
	Perda do controle do uso de drogas e degradação da vida	X	X	X	X	X	X
	Organismo resistente/ tolerante ao uso de drogas desde o início	X	X	X	X	X	X
	Primeira droga de uso: álcool	X	X	X	X	X	X
<b>Significados atribuídos ao uso de drogas</b>	Uma maneira de suportar uma realidade insuportável	X	X	X			
	Uma forma de chamar a atenção da família			X	X	X	
	Vivências de um mundo mágico sem consequências e responsabilidades. Fuga da realidade	X	X	X	X	X	
	Necessidade de pertencimento social e/ou familiar	X	X	X	X	X	
	Um pedido de ser cuidado	X		X	X	X	
<b>Ambiente social</b>	Ambiente social permissivo e indutor do uso	X	X	X	X	X	X
	Falta de uma rede social de apoio constante e consistente	X	X	X			
<b>Gênero</b>	A droga como modelo de identificação masculina				X	X	X
	Modelo masculino associado ao abuso de drogas		X	X	X	X	

Cont.

<b>Grupo I</b>							
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas							
		H	E	V	H	M	J
<b>Funcionamento familiar</b>	Falta de “porto seguro”, muita instabilidade na estrutura de vida e de vínculos familiares	X	X	X	X		X
	Ambiente familiar permissivo e indutor do uso e abuso de drogas		X	X	X	X	X
	Violência doméstica/abuso emocional/sexual		X	X			X
	Rituais familiares relacionados ao abuso de álcool e/ou outras drogas		X	X	X	X	
	Abuso de drogas (lícitas e/ou ilícitas) visto pela família como algo normal		X	X	X	X	
	Negação familiar (durante um tempo longo) em relação à dependência de drogas dos filhos	X	X	X	X	X	X
	Boicote familiar no início do processo de mudança (manter o dependente de drogas como o “problema de família”)		X	X	X		
	Desunião familiar (distanciamento)	X	X	X			
<b>Paradoxos</b>	A dependência de drogas desfocaliza os problemas familiares e ao mesmo tempo os denuncia		X	X	X	X	
	A dependência de drogas afasta o dependente da família, mas ao mesmo tempo os aproxima.	X	X	X	X	X	
<b>Tratamento</b>	Falta de informação e tratamentos inadequados	X	X	X	X	X	
<b>Conjugalidade</b>	Escolha de parceiro relacionado à dependência de drogas e/ou ao abandono		X	X	X	X	
	Conjugalidade facilitadora do uso e abuso de drogas		X	X	X	X	X
	Conjugalidade conturbada durante o processo de drogadição		X	X	X	X	X
	Conjugalidade entre as figuras parentais permeadas pelo distanciamento e/ou brigas	X	X	X	X	X	X

<b>Grupo I</b>							
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas							
		H	E	V	H	M	J
<b>Figuras parentais</b>	Relação mãe e filha sem diálogo/marcada pela sensação de não serem vistas nas suas necessidades	X	X	X			
	A mãe, uma figura que representava solidão, desamparo e abandono		X	X			X
	Não se sentia amado (a) pela mãe e/ou pelo pai		X	X	X	X	X
	Carências em relação às figuras parentais (mãe/pai)	X	X	X	X	X	X
	Falta de diálogo com os pais	X	X	X	X	X	X
	Ausência paterna	X	X	X	X	X	X
	Sentimentos de abandono e/ou rejeição por parte dos pais	X	X	X	X		X
	Ausência de afeto e/ou da presença materna	X	X	X	X	X	
	Não se sentia visto em suas necessidades pelos pais	X	X	X	X	X	X
	Relação pai e filho distante, pouco afetuosas, sem diálogo. Não se sentiam vistos nas suas necessidades.					X	X
<b>Padrão de educação</b>	Falta de limites na infância e/ou adolescência		X	X	X	X	
	Vivências educativas extremas (rigidez e/ou "tudo é permitido")	X		X	X		X
<b>Crises na família Perdas/rupturas</b>	Vivências precoces de luto/perdas de pessoas importantes da família	X	X	X		X	
	Rupturas abruptas na vida em idade precoce (infância)	X	X	X	X		
<b>Funcionamento do dependente de drogas</b>	Baixa autoestima (sentimento de inferioridade/ inadequação/desqualificação)	X	X	X	X	X	
	Sentimento de solidão/isolamento. Resolvia as suas dificuldades sozinha(o)	X	X	X	X	X	
	A dependência de drogas colaborou para o abandono momentâneo dos filhos		X	X	X	X	
	Necessidade de ser aceito e querido por todos		X	X	X	X	
	Boicote em relação à vida (destrói o que construiu)			X	X		

Conclusão

Quadro II

<b>Grupo II</b>		H	E	V	HI	M	J
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a desconstrução da dependência de drogas – pontos de vista do dependente							
<b>Intergeneracionalidade e dependência de drogas</b>	Diferenciação do indivíduo em relação à família/quebra de padrões intergeracionais	X	X	X	X	X	X
<b>A relação do dependente com a droga</b>	Abstinência total	X	X	X	X	X	X
<b>Ambiente social</b>	A importância da rede social de apoio (AA, NA, família e amigos), resgatando sentimentos de pertencimento, acolhimento, não ser julgado, local de identificação e valorização	X	X	X	X	X	X
	O limite colocado pelo ambiente social para a não continuidade do uso	X	X	X	X	X	X
<b>Relacionamento com a família</b>	Resgate da relação com a mãe	X	X	X		X	
	Figura materna vista como forte	X	X	X	X	X	
	Sentir-se visto e cuidado adequadamente pela família	X	X	X	X	X	X
	O ambiente familiar colocou limite para a não continuidade do uso	X	X	X	X	X	X
<b>Paradoxos</b>	É bom ver e construir uma vida sem drogas, porém, é ruim enxergar as dificuldades familiares		X	X	X	X	
	A dependência de drogas afasta o dependente da família, mas ao mesmo tempo os aproxima.	X	X	X	X	X	
<b>Relacionamento com os filhos</b>	Dar limites claros e precisos		X	X	X	X	X
	Proximidade		x	X	X	X	X
	Afeto		x	X	X	X	X
	Transparência		X	X	X	X	X
	Atenção		X	X	X	X	X
	Diálogo		x	X	X		X
	Representar um “porto seguro” para o filho		X	X	X	X	
	Fazer para os filhos aquilo que sentiram falta na infância e/ou juventude			X	X	X	X

Cont.

<b>Grupo II</b>							
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a desconstrução da dependência de drogas – pontos de vista do dependente							
		H	E	V	HI	M	J
<b>Tratamento</b>	Sentir-se visto e cuidado adequadamente por uma instituição	X	X	X	X	X	X
	Internação e terapia como processos importantes na recuperação	X	X	X	X	X	X
	Espiritualidade	X	X	X	X	X	X
<b>Conjugalidade</b>	Novas escolhas de parceiro(a), não relacionadas com abandono e nem com o dependente de drogas			X	X	X	
<b>Funcionamento do dependente de drogas</b>	Capacidade de resiliência	X	X	X	X	X	X
	A consciência da dependência de drogas e a necessidade de sair de um sofrimento profundo (sensação de estar no “fundo do poço”, de ter chegado ao limite máximo da destruição)	X	X	X	X	X	X
	Quebra do isolamento	X	X	X	X	X	X
	Mudança de vida (comportamento, relações, trabalho, funcionamento, hábitos)	X	X	X	X	X	X
	A consciência e a aceitação de não poder mais usar drogas	X	X	X	X	X	X
	A crença na própria predisposição orgânica	X	X	X	X	X	X

Conclusão

Quadro III

<b>Grupo III</b>							
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas – pontos de vista da família							
		I	E	EL	C	D	K/M
<b>Repetição de padrões intergeracionais</b>	Abuso de drogas e/ou dependência de drogas como repetição de padrão intergeracional	X	X	X	X	X	X
	Problemas de relacionamento conjugal e facilitação em relação ao uso de drogas	X	X	X	X	X	
	Ausência paterna	X	X		X	X	X
	Figura feminina forte e masculina fraca	X	X	X	X	X	X
	Relações conflituosas entre pais e filhos e/ou entre os cônjuges	X	X		X		X
<b>Contexto</b>	Facilitador e indutor do uso de drogas	X	X	X	X	X	X
	Falta de apoio saudável da rede social	X	X	X	X		X
	Rede social como fator de pressão e crítica direcionada à família	X	X	X			
<b>Funcionamento familiar</b>	Negação familiar em relação ao(à) dependente de drogas	X	X	X	X	X	X
	Descoberta do uso de drogas e sensação de não saber o que fazer	X	X	X		X	
	Tentativas de resolver o problema focando no filho/cônjuge e efetuando ações diversas (fragmentadas e descontínuas)	X	X	X		X	
	Sentimentos de onipotência/ impotência	X	X	X			
	Sensação de estar perdido(a), confuso(a), falta de informação	X	X	X		X	
	Sentimento de exaustão, medo, desespero	X	X			X	
	Falta de limites, regras e normas claras e firmes	X	X	X	X	X	
	Sensação de incompetência	X	X	X			
	Sentimento de culpa em relação ao(à) filho(a)/marido	X	X	X			
	Atribuir a responsabilidade pelo uso de drogas às más companhias	X			X	X	
	Sentimento de raiva em relação ao dependente de drogas	X	X	X	X		
	Falta de informação sobre a questão das drogas	X	X	X	X	X	X
	Pai e mãe ausentes, não assumindo as suas funções	X	X			X	X
Mãe/pai/cônjuge não buscou ajuda especializada no início	X	X	X	X	X	X	

<b>Grupo III</b>							
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas – pontos de vista da família							
		I	E	EL	C	D	K/M
	Filhos cuidados por avós ou terceiros em um período da infância e/ou juventude	X	X			X	X
	Necessidade de controlar tudo para resolver os problemas	X	X	X			
	Inversão de papéis (filhos parentais)		X		X	X	X
	Intranquilidade, perda do sono	X	X	X			
<b>Funcionamento familiar</b>	Sentimentos de frustração e decepção em relação ao dependente	X	X	X			
	Relações conjugais conflituosas	X	X	X	X		
	Sentimento de responsabilidade de salvar a vida do(a) dependente de drogas	X	X	X			
	Relações que se complementavam agravando o quadro (desrespeito mútuo, agressor e agredido, o cuidador e o cuidado, uso de drogas)	X	X	X	X		
	Assumir a responsabilidade de resolver os problemas criados pelo(a) dependente de drogas	X	X	X			
	Desrespeito nas relações (agressões psicológicas)	X	X	X	X		
	Relações parentais conflituosas	X	X	X			X
	A droga como fator de união na relação familiar/conjugal	X	X	X	X		
	Perda do controle tanto do(a) dependente de drogas quanto da família	X	X	X	X	X	
	Violência doméstica		X	X	X		
<b>Tratamento</b>	Tratamentos e condutas inadequadas que agravaram a situação	X	X	X	X		
	Falta de informação sobre formas de tratamentos adequados para o(a) dependente	X	X	X	X		X
	A família não se tratou no início	X	X	X	X		X
<b>Figuras parentais</b>	Falta de “acesso” ao(à) dependente durante a época em que fazia uso indevido de drogas	X	X	X		X	X
	Dificuldade de relacionamento entre pai e filho(a)	X		X	X		
	Conflito na relação com os pais	X	X	X			X
	Figura paterna estabelecendo uma relação de dependência com álcool e/ou outras drogas	X	X		X	X	

Cont.

<b>Grupo III</b>							
Aspectos mais frequentes que colaboraram para a construção e/ou agravamento da dependência de drogas – pontos de vista da família							
		I	E	EL	C	D	K/M
	Pai não exerceu a função paterna em momentos importantes	X	X		X	X	X
	Mãe atuante e pai ausente	X	X			X	X
	Mãe não enxergava o filho(a)	X	X		X	X	X
	Conflito na relação conjugal dos pais	X	X		X		X

Conclusão

Quadro IV

<b>Grupo IV</b> Aspectos mais frequentes que colaboraram para a desconstrução da dependência de drogas – pontos de vista da família							
		I	E	EL	C	D	K/M
<b>Padrões de repetição intergeracional</b>	Valores fortes relacionados à honestidade e respeito ao próximo, ao trabalho, independência e amor	X	X			X	
<b>Contexto</b>	Rede social de apoio saudável (acolhimento, direcionamento)	X	X	X	X	X	X
<b>Padrão de relação</b>	Comunicação, pensamentos, sentimentos e valores claros na relação	X	X	X	X		
	Prestar atenção aos filhos, nas suas necessidades	X	X			X	
	Proximidade respeitosa em relação à vida do(a) dependente de drogas	X	X	X	X	X	
	Relação pautada no diálogo (fim das agressões físicas e/ou emocionais)	X	X	X	X	X	
<b>Tratamento</b>	Terapia individual e/ou familiar	X	X		X		
	Grupos de mútua ajuda	X	X	X	X	X	
	Espiritualidade	X	X	X	X	X	
	Tratamentos adequados direcionados ao(à) dependente e à família	X	X	X	X	X	
	Grupo multifamiliar	X	X	X		X	
<b>Funcionamento familiar</b>	Direcionar o olhar para si (autoconhecimento)	X	X	X	X		
	Fortalecer-se	X	X	X	X	X	
	Buscar compreender (a partir de leituras, palestras, etc.) O que se passava, dando significado ao que estava acontecendo	X	X	X	X	X	

Cont.

<b>Grupo IV</b> Aspectos mais frequentes que colaboraram para a desconstrução da dependência de drogas – pontos de vista da família							
		I	E	EL	C	D	K/M
<b>Funcionamento familiar</b>	Processo de identificação com histórias semelhantes	X	X	X	X		
	Diferenciação (“se ele está mal, eu não preciso ficar mal; se ele quer se destruir, eu não preciso me destruir também”)	X	X	X	X		
	Atitudes firmes em relação a direcionar e manter o(a) dependente de drogas no tratamento	X	X	X	X	X	
	“Libertação em relação ao sentimento de culpa”	X	X	X			
	Mãe/cônjuge/irmã como figura central de mudança e apoio na transformação do(a) dependente	X	X	X	X	X	
<b>Funcionamento familiar</b>	Envolvimento com o próprio tratamento e processo de mudança	X	X	X	X		
	Diminuir as expectativas/exigências em relação ao(à) dependente, respeitando e valorizando o que ele(a) consegue	X	X	X		X	
	Oferecimento de tratamento para o filho(a)/cônjuge	X	X	X		X	
	Cuidados intensos e próximos com o (a) dependente de drogas	X	X	X		X	
	Colocação de limites dentro de casa e na relação	X	X	X	X	X	
	Conscientização em relação a uma predisposição orgânica como um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento da dependência de drogas		X	X	X		

Conclusão

Fonte: trabalho da autora.

No que se refere à construção e ao agravamento da dependência de drogas, sob o ponto de vista do próprio dependente, foi levantado que todos os entrevistados percebem uma repetição de padrão intergeracional quanto à dependência de drogas, sendo que quatro dos seis sujeitos têm o pai dependente (seja de drogas lícitas e/ou ilícitas). Estes dados corroboram com o que alguns autores ressaltam sobre o impacto do alcoolismo nas diversas gerações, servindo como modelo de identificação, afetando todos os membros (Payá e Figlie, 2004; Schenker e Minayo, 2003; Carter e Mcgoldrick, 1995).

Outra forma de estabelecer linguagens inter-relacionais que possibilitam a repetição da dependência de drogas para os descendentes, ao longo da história de certos sistemas familiares, é o que Steinglass et al. (1997) denominam como “identidade familiar” em torno da dependência do álcool, a partir de condutas reguladoras (rituais familiares, rotinas cotidianas e estratégias para a solução de problemas). Apesar de o termo utilizado por estes autores dar uma conotação “estática” a um funcionamento extremamente dinâmico, tal explicação ilustra de maneira importante as vivências relatadas pelos sujeitos entrevistados, os quais falam de constantes festas familiares “regadas” a bebidas alcoólicas, caracterizando a droga como “objeto e objetivo” fundamental de seus rituais, assim como sendo também parte integrante da vida cotidiana do sistema, a tal ponto que caracteriza um contexto e um padrão de funcionamento de seus membros.

Outro dado significativo relacionado à intergeracionalidade, levantado por quatro dos seis sujeitos entrevistados, corresponde a outras compulsões manifestadas por ascendentes e pelo próprio dependente de drogas ao entrar em recuperação. Isso mostra como essas famílias lidam com suas ansiedades, angústias, medos, sendo o dependente o membro da geração que denuncia um padrão de funcionamento do sistema que necessita ser ressignificado (Rezende, 2004).

Nas entrevistas realizadas com os familiares, a repetição de padrão intergeracional relacionada à dependência de drogas também aparece claramente em todas as narrativas, reafirmando os depoimentos dos dependentes de drogas. Outros aspectos tão significativos quanto os anteriores foram igualmente ressaltados pelas famílias como padrões de repetição intergeracionais. Nas cinco das seis famílias entrevistadas apareceram problemas de relacionamento conjugal, facilitação dos pais e/ou cônjuge em relação ao uso de drogas do dependente e ausência da figura paterna, sendo que quatro famílias acrescentaram também relações conflituosas entre pais e filhos.

Stanton et al. (1990) levantam a complementariedade nas relações destes sistemas, em que as ações dos dependentes de drogas e da família se

retroalimentam, deixando claro que a droga está a serviço da manutenção do *statu quo*. Foi identificado nos relatos quanto os pais e/ou cônjuges não só não resolviam o problema, como o agravavam mediante posturas que facilitavam a vida do dependente de drogas, possibilitando a fixação dos papéis executados pelos membros do sistema (ex.: cuidador e cuidado, são e doente), permitindo também a desfocalização dos problemas de relacionamento entre os cônjuges e entre pais e filhos.

Muitos autores ressaltam quanto as relações conflituosas entre pais e filhos aumenta o risco do desenvolvimento da dependência de drogas (Martini et al., 2010; Tavares et al., 2004; Schenker e Minayo, 2003; Rezende, 2004; Stanton et al., 1990; Kalina et al., 1999), e este funcionamento se perpetua por gerações, colaborando para caracterizar um padrão de funcionamento familiar.

As narrativas dos entrevistados (dependentes e familiares) são complementares e possibilitam algumas reflexões sobre a importância do uso de instrumentos como o genograma no tratamento do dependente de drogas. Esta forma de trabalho permite identificar durante o processo terapêutico a importância de se rever o funcionamento do sistema visando a interromper estes legados que se perpetuam nas diversas gerações, assim como redefinem o foco do problema, antes fixado no dependente, ampliando-o para a história intergeracional da família.

Quanto à relação do dependente com a droga, os resultados mostraram um predomínio do início do uso antes dos 18 anos (quatro dos seis entrevistados). As pesquisas demonstram que no Brasil os jovens têm bebido cada vez mais cedo. Segundo os últimos levantamentos realizados pelo CEBRID, 75% dos estudantes entre 13 e 18 anos já haviam usado bebidas alcoólicas. Muitos são os fatores que podem colaborar para o início do uso de drogas antes dos 18 anos, porém o contexto social indutor – que não só incentiva o uso como também banaliza os seus riscos e consequências – é um dos aspectos que percebo não apenas na prática clínica, como também foi evidenciado nas entrevistas.

No que tange às questões de gênero, das três mulheres entrevistadas fica evidente um padrão intenso de ingestão de bebidas alcoólicas, sendo que uma delas se utilizava também de outras drogas lícitas (ex. benzodiazepínicos), correspondendo assim aos dados citados na literatura epidemiológica.

Ao comparar os levantamentos domiciliares de 2001 e 2005 sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, observo um aumento no número de dependentes de álcool tanto no universo masculino quanto no feminino. Um estudo efetuado entre os estudantes universitários de 27 capitais brasileiras demonstra que as mulheres apresentaram um padrão de ingestão de bebidas alcoólicas igual ao dos estudantes homens, além de também permanecerem usando predominantemente outras drogas lícitas (Andrade et al., 2010; Carlini et al., 2005).

Nas entrevistas apareceu apenas uma incoerência em relação às pesquisas referidas, pois duas entrevistadas não usavam apenas drogas lícitas, mas também maconha e cocaína. Acredito que este fenômeno corresponde à intensa influência intergeracional e facilitação do contexto, uma vez que uma delas, além de ser filha de alcoolista, tinha o cônjuge dependente de cocaína e álcool. Assim sendo, este casal durante alguns anos organizou o funcionamento conjugal em torno da droga. A outra entrevistada era filha de dependente de álcool e de drogas ilícitas (maconha e cocaína) e participava junto com o pai dos “rituais sociais” ligados às drogas, compartilhando também do uso.

Outro dado relevante encontrado em cinco dos entrevistados foi o padrão de uso envolvendo drogas lícitas e ilícitas. Afora isso, os seis sujeitos da pesquisa referiram que a primeira droga que usaram foi o álcool. Todos disseram também em seus relatos que apresentaram desde o início uma alta tolerância ao álcool, sugerindo uma predisposição orgânica e uma posterior perda do controle do uso e degradação da vida (perdas em diversas áreas). Estes dados correspondem ao cenário do mundo ocidental em que o álcool e o tabaco são as drogas mais usadas (por volta de 1,2 bilhão de pessoas são fumantes no mundo e estima-se que 90% dos adultos no Ocidente consomem bebidas alcoólicas), gerando um impacto muito negativo na saúde pública relacionado à violência.

Em cerca de 15% a 66% de todos os homicídios e agressões sérias, o agressor, a vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas, e esta mesma droga é responsável por 13% a 50% dos casos de estupro e atentados ao pudor (Galduróz, 2006; Gouveia et al., 2011; Laranjeira et al., 2005). No Brasil, 89% dos universitários já usaram drogas na vida, sendo que 86% fizeram uso do álcool, 47% utilizaram tabaco e 50% usaram pelo menos uma droga ilícita, e as consequências perpassam por internações, homicídios, acidentes de trânsito e violência doméstica.

As pesquisas relatam que 91% das internações hospitalares por dependência estão relacionadas a bebidas alcoólicas; 70% dos laudos feitos pelo IML das mortes violentas detectavam a presença de álcool nos cadáveres; 27,2% das vítimas por acidentes de trânsito apresentaram um índice de alcoolemia superior a 0,6g/l e 52% dos casos de violência doméstica estão ligados ao álcool (Andrade et al., 2010; Galduróz, 2006; Carlini et al., 2001).

Todos estes dados só confirmam a necessidade de se dar a devida importância e atenção às drogas lícitas tanto quanto às ilícitas nas ações e políticas públicas, direcionando a linguagem para um público jovem. Infelizmente, em relação às bebidas alcoólicas, as atitudes preventivas ainda são menos eficazes e chamam menos atenção que as campanhas publicitárias, pois além de estas serem direcionadas ao público jovem, fazem parte intensamente do cotidiano da população em geral.

Outra droga que vem aumentando o número de usuários e dos sujeitos entrevistados – apenas um não a utilizou – é a maconha. Esta é a droga ilícita mais utilizada no mundo. Aproximadamente 162,8 milhões de pessoas usaram a droga pelo menos uma vez em 2004, o que equivale a cerca de 2,7% da população mundial e 3,9% da população entre 15 e 64 anos (OMS, 2004; UNDOC, 2006). No Brasil, o uso da maconha aumentou e hoje é a terceira droga mais usada entre os estudantes brasileiros, e se comparada às drogas ilícitas, passa a ser a primeira (Andrade et al., 2010; Carlini et al., 2005).

Percebo, a partir das entrevistas realizadas e de minha vivência profissional que a maconha tem trilhado um caminho semelhante ao das drogas

lícitas mais usadas em nosso País, na medida em que tem sido “divulgada” e incentivada (direta ou indiretamente) por formadores de opinião que a utilizam ou a utilizaram ao longo de suas vidas, dando a conotação de ser uma droga cujas consequências são “leves e/ou imperceptíveis”. Neste caso também venho observando que as ações de prevenção têm sido menos eficazes que as campanhas que a associam com uma imagem de “droga leve”, termo este extremamente vago, passível de interpretações tendenciosas, e portanto, não só pode ser usada, como também quase todos os jovens hoje em dia a utilizam.

Outro item levantado nas entrevistas foi o significado do próprio uso de drogas atribuído pelo dependente. As narrativas associaram o uso a:

- Vivências de um mundo mágico sem consequências e responsabilidades; fuga da realidade e necessidade de pertencimento social e/ou familiar (cinco dos entrevistados);
- Um pedido de ser cuidado (quatro dos entrevistados);
- Uma maneira de suportar uma realidade “insuportável” e uma forma de chamar a atenção da família (três dos entrevistados).

A compreensão destes relatos não pode ocorrer sem levar em consideração os contextos relacionados aos itens referentes ao ambiente social, ao funcionamento familiar e à relação do dependente com as figuras parentais, levantados nas mesmas entrevistas.

Referindo-se ao ambiente social, seis citaram que era permissivo e indutor do uso e três comentaram sobre a falta de uma rede social de apoio constante e consistente.

Em relação ao funcionamento familiar:

- Todos citaram a negação familiar (durante um tempo longo) em relação à sua dependência de drogas;

- Cinco dos seis entrevistados relataram a falta de “porto seguro”, isto é, muita instabilidade na estrutura de vida e vínculos familiares, assim como ambiente familiar permissivo e indutor do uso e abuso de drogas;
- Quatro citaram os constantes rituais familiares relacionados ao abuso de álcool e/ou outras drogas, assim como o abuso de drogas (lícitas e/ou ilícitas) visto pela família como algo normal;
- Três focaram o boicote familiar no início do processo de mudança (visando a manter o dependente de drogas como o “problema de família”), e também a desunião familiar (distanciamento) e violência doméstica (abuso emocional/sexual).

Nas narrativas correspondentes às figuras parentais, todos ressaltaram:

- Carências em relação às figuras parentais (mãe/pai);
- Falta de diálogo com os pais;
- Ausência paterna;
- Não se sentiam vistos em suas necessidades pelos pais;
- Os homens viam a relação com o pai distante e pouco afetiva;
- As mulheres referiram-se à relação com a mãe sem diálogo, marcada pela sensação de não serem vistas nas suas necessidades.

Cinco dos seis participantes asseguraram:

- Não se sentirem amados (as) pela mãe e/ou pelo pai;
- Sentimentos de abandono e/ou rejeição por parte dos pais;
- Ausência de afeto e/ou presença materna.

Três percebiam a mãe como uma figura que representava solidão, desamparo e abandono.

Ao relacionar os pontos acima citados entre eles e com as pesquisas científicas, é possível verificar que o significado atribuído à droga pelos sujeitos entrevistados (vivências de um mundo mágico sem consequências e responsabilidades; fuga da realidade e necessidade de pertencimento social e/ou familiar; um pedido de ser cuidado; uma maneira de suportar uma realidade “insuportável” e uma forma de chamar a atenção da família) fazem sentido contextualizando-os no que se refere às suas famílias, uma vez que tanto na literatura quanto nas entrevistas, o funcionamento do sistema familiar no fenômeno da dependência de drogas muitas vezes reflete diversos padrões inter-relacionais permeados de conflitos, envolvendo abuso e dependência de drogas por gerações.

Os problemas de relacionamento entre os pais em geral são camuflados pela dependência de drogas do filho, e para permanecer desta maneira ocorre um processo de retroalimentação em que o uso de drogas e a vida do dependente é facilitada. Isto acontece na medida em que os pais mantêm o dependente de drogas estruturalmente, apesar de ele não cumprir com as suas responsabilidades básicas, permitindo assim que alimente um pensamento mágico em relação à vida.

Dessa maneira “todos” ganham com a dependência, pois o filho não cresce e “recebe tudo o que quer”, estabelecendo uma pseudodiferenciação da família (“faz de conta” que é um adulto independente), permanecendo dependente dos pais e das drogas, e os pais, por sua vez, focalizam suas atenções e esforços não a si próprios nem à relação conjugal, mas sim para a “salvação” do dependente, “fazendo de conta” que estão bem como casal (Martini et al., 2010; Stanton et al., 1990; Kalina et al., 1999). Este contexto facilita a compreensão dos sujeitos desta pesquisa ao se referirem que a droga lhes trazia a sensação de um mundo mágico sem consequências e responsabilidades. A realidade acaba sendo ameaçadora e, portanto, passível de fuga, uma vez que o dependente não desenvolve recursos necessários de maturidade emocional para enfrentá-la, ao

mesmo tempo que estabelece um pacto de lealdade com os pais ao mantê-los “unidos” para “salvá-lo”. Todo este movimento deixa claro que o dependente de drogas não está sendo visto em suas necessidades quanto ser humano, mas sim que vem “prestando um papel” no sistema familiar no qual também tem ganhos secundários e por isto permanece nele.

Outros pontos levantados nas entrevistas, ainda correlacionando o significado da droga para os sujeitos em questão com o funcionamento familiar, as figuras parentais e o ambiente social, foram: da droga como pertencimento social e/ou familiar, assim como um pedido para ser cuidado; uma maneira de suportar a realidade “insuportável” e uma forma de chamar a atenção da família. Quase todos relataram quanto a droga fazia parte da família intergeracionalmente, a partir de pais alcoolistas e/ou dependentes de outras drogas. Tal panorama possibilita desdobramentos de diversos conflitos inter-relacionais no sistema e vice-versa, isto é, tais conflitos também impactam no desenvolvimento e/ou agravamento da dependência de drogas por gerações. Assim, é possível identificar aspectos levantados, tanto nas entrevistas quanto na literatura, relevantes para a compreensão da construção dos significados das drogas para os dependentes neste trabalho. São eles:

- Violência doméstica;
- Distanciamento nas relações entre pais e filhos, estabelecendo vínculos frágeis;
- Ausência da figura paterna como representando um necessário papel de autoridade e modelo de identificação para os filhos;
- Figura materna forte, porém empenhada em resolver os problemas da família, sem conseguir olhar para as necessidades dos filhos;
- Dificuldades no estabelecimento do diálogo e de um “porto seguro” necessário para o desenvolvimento infantojuvenil;
- Abandono implícito ou explícito dos filhos;

- “Cegueira familiar” generalizada, ou seja, os pais não percebem as necessidades dos filhos, o uso de drogas no nascedouro, as dificuldades conjugais e qualquer outro tema com o qual não sabem como lidar.

Este cenário familiar facilita a compreensão dos sentimentos de solidão, carência, abandono, rejeição, de não pertencimento, de desamor, de não serem suficientemente vistos em suas necessidades, falta de diálogo, de rede social de apoio e de “porto seguro” citados pelos entrevistados. Assim, a droga passa a ter um significado “vital” para o dependente, na medida em que chama a atenção da família para si no sentido de ser visto e cuidado, ao mesmo tempo em que o ajuda a suportar toda esta realidade que julga insuportável. Silveira Filho (1995) confirma estes depoimentos ao falar que o uso de drogas por esses sujeitos não se refere apenas ao desejo de consumi-las, mas sim, à impossibilidade de não consumi-las, para não terem que entrar em contato com uma realidade simbólica ou concreta que não conseguem suportar.

Outros autores em seus estudos reafirmam os movimentos familiares citados nas entrevistas:

- Martini et al. (2010); Tavares et al. (2004); Schenker e Minayo (2003); Rezende (2004); Stanton et al. (1990), Kalina et al. (1988) chamam a atenção para a influência das relações conflituosas entre pais e filhos e a dependência de drogas;
- Martini et al. (2010); Rezende (2004); Kalina et al. (1999) ressaltam o pai como uma figura periférica dificultando o processo de identificação do jovem;
- Schenker e Minayo (2003) e Kalina et al. (1999) destacam os abandonos explícitos ou implícitos dos filhos, seja a partir da terceirização dos seus cuidados para terceiros ou por ausência concreta de suporte;

- Bergeret e Leblanc (1991) falam sobre a “cegueira familiar” que impossibilita a percepção da dependência de drogas em seu nascedouro, adiando por muito tempo um pedido de ajuda e a tomada de atitudes necessárias para evitar o agravamento do problema;
- Martini et al. (2010), Horta et al. (2006), Payá e Figlie (2004), Schenker e Minayo (2005), Carter e Mcgoldrick (1995), Stanton et al. (1990) salientam quanto a dependência de drogas na família afeta gerações, colaborando para a inversão de papéis e com um modelo de identificação para o uso de drogas do filho;
- Steinglass et al. (1997) citam a construção de uma “identidade familiar” em torno da dependência de drogas, isto é, as rotinas cotidianas, rituais de família e estratégias para a resolução de problemas se organizam a partir do uso, abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas.

Os relatos das famílias referentes aos itens nomeados como “funcionamento familiar” e “figuras parentais” reforçam em parte os depoimentos dos dependentes entrevistados e a literatura acima citada, no que se refere à construção e ao agravamento da dependência de drogas no sistema familiar, porém agregam a este universo outros aspectos específicos e muito relevantes para a compreensão desta população.

Os pontos semelhantes aos dos dependentes e que reiteram as suas narrativas foram:

- Ausências parentais (paternas e maternas) em momentos importantes da vida dos filhos;
- Pais apresentando dificuldade de enxergarem as necessidades dos filhos;
- Conflitos de relação entre pais e filhos;
- Mãe forte e atuante e pai ausente;

- Relacionamento conjugal precário entre os pais dos dependentes (permeado por conflitos, falta de respeito, distanciamento);
- Pais dependentes de drogas (álcool e/ou outras drogas psicoativas);
- Falta de “acesso” ao dependente durante a época em que fazia uso indevido de drogas;
- Negação familiar em relação à dependência de drogas dos filhos e/ou cônjuges;
- Os cuidados com os filhos na infância delegados a terceiros (avós, por exemplo);
- Violência doméstica.

Estes dados reforçam e complementam o item referente ao contexto, em que as famílias explicitam quanto o ambiente no qual o dependente estava inserido era facilitador e indutor do uso de drogas. Assim sendo, os aspectos acima citados (pais dependentes de drogas, violência doméstica, etc.) é um solo fértil e, portanto, um contexto facilitador (conforme mostrado nos relatos familiares) para a construção da dependência de drogas dos filhos. As semelhanças nos depoimentos dos dependentes e seus familiares me fazem acreditar que os tratamentos aos quais se submeteram possivelmente contribuíram, ao envolverem todos no processo terapêutico, para a consciência de uma série de fatores referentes ao funcionamento do sistema familiar que necessitava ser redefinido.

Tão relevantes quanto os dados anteriores são as narrativas específicas das famílias que possibilitaram ampliar a visão para além do dependente, no que se refere aos sentimentos diante do processo de desenvolvimento da dependência de drogas. A falta de informação sobre a questão das drogas, a sensação de perda de controle, de não saber o que fazer diante da descoberta do uso de drogas, de a família estar perdida e confusa, assim como a tentativa de

resolver o problema focando no filho/cônjuge e efetuando ações diversas (fragmentadas e descontínuas), foram relatos feitos nas entrevistas e representam um padrão de funcionamento destas famílias característico no início do processo de recuperação.

Esses movimentos me permitem refletir sobre a importância de um trabalho mais amplo de prevenção que envolva orientações claras sobre o tema da dependência de drogas, incluindo a divulgação de locais especializados confiáveis de tratamento. Obviamente não estou desconsiderando as defesas emocionais que colaboram com esses funcionamentos, porém até que as famílias cheguem a um tratamento adequado, passam por profissionais e instituições que podem agravar o problema.

Outros pontos importantes relatados por estas famílias foram os diversos sentimentos vivenciados solitariamente e sem apoio terapêutico (uma vez que no início focavam apenas o tratamento do dependente), tais como: raiva em relação ao dependente de drogas, exaustão, medo, desespero, incompetência, culpa, inquietude, frustração, decepção e uma ambivalência entre onipotência e impotência. Todos estes sentimentos, unidos a comportamentos como dificuldades de colocarem limites, regras e normas claras e firmes dentro de casa e para o dependente de drogas, desrespeito (agressões verbais), atribuição da responsabilidade do uso de drogas do filho a terceiros (más companhias), inversão de papéis, usar a droga como fator de “união familiar” e estabelecer junto ao dependente papéis fixos e complementares como cuidador/cuidado, agressor/agredido, são padrões de funcionamento familiar que não apenas colaboraram para a construção e o agravamento da dependência de drogas, mas também para o “adoecimento” da própria família.

Diversos autores como Büchele et al. (2009); Broecker e Jou (2007); Silva et al. (2006); Silva (2011); Schenker e Minayo (2005); Cartana et al. (2004) salientam que o funcionamento familiar muitas vezes pode ser considerado como fator de risco para o desenvolvimento da dependência de drogas, e Speck e Attneave (1999) chamam a atenção para a inter-relação entre a rede social (envolvendo a família) e o indivíduo em que o mal-estar de um impacta no outro e

vice-versa. As famílias entrevistadas reforçam este aspecto da literatura ao afirmarem quanto a rede social de apoio era precária e crítica, fazendo as famílias buscarem isolamento, agravando ainda mais o problema.

Assim, é de fundamental importância o envolvimento das famílias não apenas em políticas de prevenção, mas também nas ações de tratamento. A família, então, não é vilã nem vítima, mas faz parte de todo o processo, sofrendo tanto quanto o dependente de drogas, merecendo, portanto, atenção e acolhimento por parte das instituições e dos profissionais responsáveis pelo tratamento desde o início. Minha prática clínica vem reafirmando como as ações adequadas direcionadas à recuperação do dependente e de sua família são retardadas, primeiramente pela própria negação familiar, e posteriormente por inúmeros tratamentos que “vendem” soluções mágicas e simplistas para um fenômeno complexo.

Os relatos das famílias e dos dependentes em relação a tratamentos ilustraram bem este cenário, uma vez que ressaltaram a falta de informação e os tratamentos inadequados que não apenas não colaboraram, como também agravaram o problema. Apesar de no Brasil existirem muitas instituições de tratamento da dependência de drogas, poucas seguem padrões universais e consensuais de trabalho como, por exemplo, os doze princípios do NIDA (National Institute on Drug Abuse – National Institutes of Health, 1998), que salientam quanto um único tratamento não é apropriado para todos os indivíduos; que os tratamentos precisam estar prontamente disponíveis e atenderem às diversas necessidades dos indivíduos, não apenas ao uso de drogas. Ademais, os planos de serviços devem ser continuamente avaliados e modificados, quando necessário, mantendo o dependente por um período adequado de tempo, envolvendo técnicas específicas de terapias individuais e/ou em grupo, assim como medicações adequadas (prescritas por profissionais especializados), levando em consideração e também tratando de possíveis comorbidades.

É preciso trabalhar além da desintoxicação, isto é, focalizar também a conscientização e mudanças amplas dos sistemas envolvidos no problema. Se requerido, devem-se aplicar intervenções involuntárias e envolver avaliação e

tratamento de doenças comuns na dependência de drogas, tais como AIDS/ HIV, Hepatite B e C, Tuberculose e outras doenças infecciosas. Enfim, a recuperação da dependência de drogas deve ser considerada como um processo envolvendo diversas instâncias de tratamento, isto é, um único profissional ou instituição não pode se considerar “salvador da pátria”, trabalhando isoladamente o problema.

O tema tratamento me faz “alinhá-lo” com o item “paradoxos”, tema este que permeia os processos de recuperação. Os relatos dos sujeitos desta tese salientaram quanto a dependência de drogas os afastava e ao mesmo tempo aproximava de seus familiares, assim como desfocalizava e denunciava as dificuldades do funcionamento familiar. Sudbrack (2000), Rezende (2004) e Stanton et al. (1990) levantam esta questão ao afirmarem que a dependência de drogas em um ou mais membros da família denuncia que o funcionamento deste sistema precisa ser revisto, além de ter a função de desfocalizar os problemas com os quais os pais não sabem lidar. O dependente chama a atenção para si e colabora para camuflar e ao mesmo tempo explicitar a conjugalidade parental pautada por conflitos, com os quais o casal não quer entrar em contato.

Por conseguinte, os profissionais da área, ao trabalharem com sistemas familiares cujo tema central da queixa perpassa pela dependência de drogas, necessitam manejar os constantes paradoxos e contradições que fazem parte dos movimentos inter-relacionais das famílias. Há que se questionar: “A serviço do que” a droga está neste sistema? Sudbrack (2000, p. 407) levanta as seguintes reflexões ao tratar dos dependentes de drogas:

*“Quem é dependente? De quem? E em quê?”*

*Como se revelam e como se caracterizam as dependências relacionais na família?*

*Quem ganha e quem perde com as dependências? Qual o preço para si e para os outros, de permanecer na condição de dependência nesta família?”*

Ao considerar que as dependências em um sistema familiar, dentre outras coisas, tem a função de desviar a atenção de certos conflitos inter-relacionais, é possível entrar no item “conjugalidade”, onde todos os entrevistados casados relataram que os parceiros facilitavam o seu uso de drogas (seja por negação ou por usarem juntos, por exemplo) e os relacionamentos eram permeados por constantes conflitos, repetindo assim os padrões de conjugalidade parentais.

Mantendo a linha de reflexão sobre a função da droga nos sistemas familiares em questão, foram levantados dados relevantes no item referente a “crises na família envolvendo perdas e rupturas”. Quatro dos seis entrevistados vivenciaram experiências precoces de luto/perdas de pessoas importantes da família e rupturas abruptas na vida em idade precoce (infância). Alguns dos sujeitos desta pesquisa demonstraram a falta de um “porto seguro”, isto é, não sentiam o suporte necessário em suas famílias.

Stanton et al. (1990) destacam a importância da correlação entre perdas e vivências de luto na família e abuso de drogas. Explicam que existe em muitas famílias de dependentes de drogas um predomínio de mortes prematuras, inesperadas, e rompimentos precoces, isto é, o dependente de drogas e o seu sistema familiar vivem situações em que perdem pessoas significativas quando ainda necessitam muito dos cuidados e da relação afetiva dos membros que “partiram”. Nestes casos, apesar de o “abandono” não ter sido proposital, esta sensação, unida ao desamparo, povoam o mundo interno do dependente de drogas que, sem recursos emocionais e familiares suficientes, busca na droga e nos sistemas que a permeiam uma sustentação para o enfrentamento de tamanhas dores.

Bergeret e Leblanc (1991) trazem o tema do luto relacionado às experiências de imigração, em que muitas vezes os rompimentos vivenciados pelas famílias de dependentes de drogas não estão diretamente relacionados a mortes de parentes próximos, mas sim a mudanças de cidade, estado ou país, o que também se configura como perda e, conseqüentemente, um luto. Estes contextos geram sentimentos profundos de rupturas, envolvendo carências e instabilidades em todo o sistema. Uma das entrevistadas é filha de imigrantes

japoneses e chegou a passar por vicissitudes relacionadas à experiência de ser a primeira geração brasileira. A droga muitas vezes “entra” para aplacar carências e medos do sistema como um todo, agindo como um “inseguro porto seguro”, além de colaborar para a sensação de pertencimento a uma cultura que é e ao mesmo tempo não é sua.

Outros itens salientados nas entrevistas que colaboraram com a construção e/ou o agravamento da dependência de drogas, sob o ponto de vista do dependente, referem-se às questões de gênero, aos padrões de educação e ao funcionamento do próprio dependente.

Em relação ao primeiro tema (gênero), os discursos foram muito significativos no que concerne à associação do uso do álcool e/ou outras drogas com a figura masculina, isto é, todos os homens colocaram a droga como modelo de identificação masculina, e quatro dos seis entrevistados citaram que o modelo masculino estava associado ao abuso de drogas.

Não obstante as últimas pesquisas epidemiológicas mostrarem que as mulheres estão bebendo mais que os homens, e as universitárias, tanto quanto eles (Andrade et al., 2010), pode-se dizer que a imagem masculina está mais associada ao uso e abuso de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas ilícitas que a feminina, e em muitas culturas a masculinidade, o “virar homem” passa pelo uso de bebidas alcoólicas.

Alguns autores como: Martini et al. (2010); Horta et al. (2006); Schenker, Minayo (2005); Tavares et al. (2004); Payá e Figlie (2004); Stanton et al. (1990) chamam a atenção para a intensidade dos modelos de identificações intergeracionais, em associação com a repetição do padrão masculino em relação ao uso/abuso de drogas nas diversas gerações.

A questão de gênero também se relaciona com o item subsequente que nomeei de “padrões de educação”, uma vez que associar a masculinidade ao uso, abuso e dependência de drogas pode ser um valor transmitido intergeracionalmente. Os entrevistados se referiram à falta de limites na infância e/ou adolescência e vivências educativas extremas (rigidez e/ou “tudo é

permitido”). Este padrão educacional em uma das entrevistas ilustra bem a correlação com gênero, uma vez que os homens da família mostravam a masculinidade bebendo sem limites e ao filho homem “tudo era permitido”. Schenker, Minayo (2005) ressaltam a dificuldade de colocar limites observada nas famílias de dependentes de drogas por elas estudadas, tornando-se sistemas familiares extremamente permissivos. No outro extremo encontram-se as famílias estudadas por Rezende (2004), que apresentaram uma rigidez excessiva nos papéis assumidos por seus membros.

Em minha prática clínica observo ambos os movimentos na forma como foram citados pelos entrevistados desta pesquisa, isto é, as famílias oscilam de maneira “bipolar”, saindo da extrema permissividade para a rigidez excessiva. Diante disso, os profissionais da saúde responsáveis por tais tratamentos devem ser criteriosos para não “caírem” nos possíveis convites extremados que fazem os sistemas familiares nos processos de recuperação, vale dizer, diante do funcionamento “caótico e sem regras”, o terapeuta é incitado a sugerir ações “pinochetianas” ditatoriais para conter a intensidade da confusão. Não que em algumas situações (principalmente quando ocorre risco de morte) devam-se definir atitudes extremas de contenção, porém, na maioria das vezes há que se caminhar aos poucos estabelecendo ações “passo a passo”. O pensamento complexo colabora para nortear tais ações sem enxergar o “caos familiar” como algo ruim que deva ser eliminado rapidamente.

Assim sendo, devemos olhar para este cenário considerando que as relações são complexas e se caracterizam por serem complementares (o organizado trabalha por suas transformações e para a desordem), concorrentes (desordem/ordem/organização acontecem simultaneamente) e antagônicas (a desordem destrói a organização, que por sua vez anula a desordem), assim como são regidas pelos princípios: dialógico (associa ao mesmo tempo dois termos complementares e antagônicos), hologramático (mostra que em um holograma físico, o ponto menor da imagem do holograma contém a quase totalidade da informação do objeto representado).

Considera-se, portanto, que não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte) e que o processo é recursivo (em que os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causa e produtores daquilo que os produziu) (Morin, 2002). Transpondo este pensamento para as famílias em questão, o funcionamento do sistema em torno da droga representa uma organização que leva à desordem transformadora de tal organização. Assim, paradoxalmente, a desordem apresentada pelas famílias ao buscarem ajuda é positiva, na medida em que está a serviço de destruir a organização do sistema em torno da droga.

Estes padrões de funcionamento ocorrem de forma dialógica, a saber, a droga representa ao mesmo tempo a organização e a desordem do sistema familiar, é hologramática, isto é, a dependência de drogas de um dos membros representa as informações não apenas do funcionamento do indivíduo dependente, mas também do movimento do sistema familiar como um todo, e recursiva, na medida em que a dependência de drogas é ao mesmo tempo causa e produto do funcionamento familiar que a produziu.

Deste modo, cabe ao profissional manejar o processo terapêutico, considerando de forma positiva (no sentido de fazer parte do processo) toda essa complexidade, saindo do maniqueísmo extremado e simplista de apenas restringir a sua conduta na direção da redefinição dos padrões de educação junto às famílias, isto é, fazê-las passarem a impor limites aos dependentes de drogas.

Por fim categorizei, como mais um item colaborativo com a construção e/ou agravamento da dependência de drogas, o “funcionamento do dependente”.

Cinco dos seis entrevistados apresentaram baixa autoestima (sentimento de inferioridade/inadequação/desqualificação), sentimento de solidão/isolamento e resolviam as suas dificuldades sozinhos(as); quatro disseram que a dependência de drogas colaborou para que abandonassem momentaneamente os filhos, mas sentiam necessidade de serem aceitos e queridos por todos; dois boicotavam sempre a própria vida na medida em que destruíam o que construía.

Perante tais funcionamentos, pode-se pensar que o dependente constrói crenças pessoais de menos valia buscando, portanto, na droga, dentre outras coisas, poder, valor e pertencimento que não acredita ter. Esta autoimagem se transforma em “profecias autocumpridas”, uma vez que o dependente, quando começa a “dar certo” na vida, se boicota para permanecer alimentando as crenças de incompetência.

No que se refere à desconstrução da dependência de drogas, vale ressaltar que diversos fatores colaboraram para este processo, segundo os sujeitos da pesquisa.

Em relação à intergeracionalidade, todos os dependentes entrevistados ao longo do processo de tratamento foram se diferenciando das famílias e “quebrando padrões intergeracionais” relacionados à conjugalidade, à relação com os filhos e ao uso de drogas. Segundo eles, estes movimentos os ajudaram nas redefinições de vida e na desconstrução da sua dependência. Já as famílias ressaltaram que os valores fortes, tais como honestidade, respeito ao próximo, trabalho, independência e amor, transmitidos às demais gerações, foram instrumentos importantes que colaboraram para a recuperação do dependente de drogas. Considero que estes depoimentos se complementam, pois redefinir as suas relações com a vida é tão importante quanto as heranças construtivas familiares.

Assim, as famílias podem colaborar tanto com a construção quanto com a desconstrução da dependência de drogas. Schenker e Minayo (2004) e Sudbrack (2000) confirmam a relevância do trabalho com as famílias no processo de desconstrução da dependência de drogas, saindo da posição maniqueísta, a qual define as famílias como vilãs ou vítimas, para vê-las como parte do fenômeno que deve ser redefinido em alguns aspectos e valorizado em suas competências em outros momentos.

O tópico definido por mim como “relacionamento do dependente com os próprios filhos” ilustra claramente a quebra de padrões intergeracionais citados anteriormente, em que eles relatam a sua transformação como pais de seus filhos, estabelecendo uma relação diferente das que viveram com seus próprios

pais. Todos passaram a dar limites claros e precisos aos filhos, estabelecendo uma relação pautada na proximidade, no afeto, na transparência, na atenção e no diálogo, procurando representar um “porto seguro” para eles, fazendo para os filhos aquilo que sentiram falta na infância e/ou na juventude.

Quanto ao contexto que colaborou com a recuperação, todos os entrevistados (incluindo as famílias) enfatizaram a importância da rede de apoio construtiva, sendo que os dependentes consideraram a família, os amigos e os grupos de ajuda mútua (Alcoólicos e Narcóticos Anônimos) como uma rede colaborativa, sendo que este último lhes proporcionou sentimentos de pertencimento, acolhimento, valorização, além de não se sentirem julgados, possibilitando-lhes também um processo de identificação. Ressaltaram também a importância dos limites impostos pelo ambiente social para a não continuidade do uso. E as famílias viram na rede de apoio a possibilidade de se sentirem acolhidas e orientadas sobre como agir diferentemente ante as situações antigas.

Moura et al. (2009) e Speck e Attneave (2000) chamam a atenção para a importância das redes construtivas nos processos de transformação. Assim, é de fundamental importância envolver no tratamento do dependente de drogas não apenas a família nuclear, mas todos os sistemas incluídos no problema e, por conseguinte, na recuperação.

Pechansky (2008) salienta o inestimável valor dos grupos de ajuda mútua para a realidade brasileira, pois além de existirem em diversas regiões, oferecem apoio à comunidade sem custo algum. Desde o início dos Alcoólicos Anônimos nos Estados Unidos em 1935 até hoje, muitos grupos foram inaugurados em diversas partes do mundo, sendo que no Brasil existem aproximadamente 6.000 grupos com 121.000 membros (Burns e Labonia Filho, 2008).

Os estudos de Reis (2007) consideram que os grupos de ajuda mútua fazem parte da construção da identidade social na recuperação da dependência de drogas, na medida em que colaboram com a “desculpabilização”, individualização, responsabilização pela própria recuperação, identificação com as demais histórias dos membros do grupo, espaço de desabafo e alívio do sofrimento, facilitando os pedidos de ajuda e a melhora da autoestima dos dependentes.

Minha prática clínica me faz reconhecer a importância das redes sociais no processo de recuperação da dependência de drogas, porém acredito que os profissionais não devam “levantar bandeiras” específicas como sendo essas redes a única alternativa que pode solucionar o problema, isto é, os grupos de ajuda mútua são bastante eficientes, mas não podem ser considerados como condição *sine qua non* para a recuperação de todos, assim como as famílias, amigos, trabalho, etc. No processo de tratamento de cada caso há que se construir e/ou resgatar as redes de apoio condizentes com a realidade e história de cada um, porquanto existem pessoas para as quais as redes construtivas correspondem a amigos, ou à família, ou ainda à religião, e outras consideram apenas os grupos de ajuda mútua, e assim por diante.

Associando ao tema contexto é possível citar dois tópicos importantes: “tratamento” e “a relação do dependente com a droga”. O que chamou a atenção em todos os depoimentos foi a valorização da abstinência total do uso de drogas psicoativas e a importância dos grupos de ajuda mútua, da espiritualidade e dos tratamentos adequados envolvendo todo o sistema familiar. As famílias salientaram também os grupos multifamiliares, as terapias de família e individuais como sendo importantes no seu processo de mudança, e os dependentes destacaram as internações e as terapias como fatores significativos para a sua recuperação.

Estes relatos colaboram para desmistificar os preconceitos de alguns profissionais da área, que ora criticam as internações, ora os grupos de ajuda mútua, as técnicas de redução de danos ou as voltadas à abstinência total. Enfim, vale ressaltar que não existe o “melhor” e nem o “pior” tratamento para todos os dependentes de drogas. Diante disto, considero como o “melhor tratamento” aquele que, a partir do trabalho transdisciplinar, se constrói gradativamente com cada caso, envolvendo os sistemas em torno do problema, considerando o momento, as características e as necessidades específicas dos indivíduos e dos grupos simultaneamente. Assim sendo, as técnicas e os recursos de tratamento devem estar a serviço dos casos e não o contrário.

Cabe na sequência considerar os padrões das relações estabelecidas entre as famílias e os dependentes de drogas, que colaboraram para a desconstrução da dependência. Ambos ressaltaram a importância da transformação nas suas inter-relações. Todos os dependentes se sentiram mais vistos e cuidados adequadamente pelas suas famílias, e estas, por sua vez, complementarmente relataram quanto passaram a estabelecer uma proximidade respeitosa direcionada à vida deles, pautando a relação no diálogo (fim das agressões físicas e/ou emocionais) na comunicação, nos pensamentos, sentimentos e valores claros, prestando mais atenção às necessidades dos filhos. Além disso, os dependentes salientaram também como o resgate da relação com a figura materna foi construtivo, vendo as mães como pessoas fortes que colocaram limites na continuidade do uso de drogas.

Foi interessante verificar que apesar das mudanças no sistema familiar, os pais permaneceram periféricos, seja por uma ausência concreta em função de falecimento, por rompimentos definitivos, ou pelo fato de não terem se movimentado nesse sentido.

Apesar das mudanças significativas, os paradoxos permanecem, pois tanto a dependência de drogas quanto a sua desconstrução afastam e ao mesmo tempo aproximam os membros do sistema (dependente e seus familiares). Quatro relatos ressaltaram quanto foi bom construir uma vida sem drogas, porém, incomodou-os passar a enxergar as dificuldades familiares.

Finalmente, os itens nomeados como “conjugalidade”, “funcionamento do dependente de drogas” e “funcionamento familiar”, embora citados separadamente se correlacionam, demonstrando as transformações do sistema na desconstrução da dependência de drogas. Três dos dependentes entrevistados fizeram novas escolhas de parceiros desvinculadas da questão da dependência de drogas e do abandono.

Em termos de funcionamento, todos demonstraram uma grande capacidade de resiliência, uma consciência da própria dependência, de não poder mais usar drogas, a crença de ter uma predisposição orgânica e a necessidade de sair de um sofrimento profundo (sensação de estar no “fundo do poço”, de ter

chegado ao limite máximo da destruição), assim como a necessidade de efetuar uma mudança geral de vida (comportamento, relações, trabalho, funcionamento, hábitos) e de quebrar o isolamento estabelecido ao longo dos anos.

As famílias ressaltaram os seguintes aspectos de suas mudanças:

- Cinco passaram a sentir-se mais fortalecidas, buscando compreender, a partir de leituras, palestras, etc., o que se passava, dando significado ao que estava acontecendo, estabelecendo atitudes mais firmes em relação ao direcionamento e manutenção do dependente de drogas no tratamento, assim como colocando limites em casa e nas suas relações;
- Quatro passaram a direcionar o olhar para si (autoconhecimento), a se identificarem com histórias semelhantes nos grupos de ajuda mútua, e a estabelecerem uma diferenciação em relação ao dependente (“se ele está mal, eu não preciso ficar mal; se ele quer se destruir, eu não preciso me destruir também”). Além disso, envolveram-se mais com o próprio tratamento e o processo de mudança, diminuíram as expectativas e exigências em relação ao dependente, respeitando e valorizando o que ele conseguia, e lhe ofereceram outras possibilidades de tratamento, assim como cuidados mais próximos e intensos;
- Três ressaltaram um processo de “libertação em relação ao sentimento de culpa” e a conscientização sobre o que se refere a uma predisposição orgânica como um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento da dependência de drogas.

Mesmo que em alguns relatos a predisposição orgânica tenha aparecido como um fator libertador da culpa, tendendo a se esquivarem da corresponsabilidade tanto da construção quanto da desconstrução da dependência de drogas, pode-se considerar que praticamente todos compreenderam que a desconstrução caminha muito além da abstinência de substâncias psicoativas. Os depoimentos demonstram quão amplo e intenso é o processo de mudança de um sistema na desconstrução da dependência de

drogas, sendo a abstinência das substâncias psicoativas apenas uma pequena parte de todo este cenário.

A terapia familiar pode contribuir intensamente com os processos de mudanças nessa população, ao visar a redefinição de papéis, a ressignificação das inter-relações e a construção de novos funcionamentos, interno e externo. Sudbrack (2001) conceitua que a proposta do trabalho com as famílias deve extrapolar a questão do sintoma, objetivando compreender a construção familiar em torno das suas dependências para, em conjunto com os seus membros, definir novas possibilidades relacionais no sistema como um todo, focando na valorização da saúde e das suas competências.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após todo o trabalho de campo e teórico, e a partir da análise das entrevistas é possível refletir sobre este material, direcionando o pensamento para os aspectos relacionados à prevenção e ao tratamento deste fenômeno tão complexo, que envolve diversos sistemas. As entrevistas mostraram que no tocante à construção e à desconstrução da dependência de drogas, sob os pontos de vista do próprio dependente e de sua família, os tópicos que chamaram a atenção foram:

### **A construção da dependência de drogas**

#### **1) A relação do dependente com a droga e o significado a ela atribuído:**

- A primeira droga de uso foi o álcool;
- As consequências do uso foram a perda do controle e a degradação da vida;
- O organismo apresentou uma capacidade de tolerância ao uso de drogas desde o início;
- O uso do álcool mais drogas ilícitas foi comum a quase todos;
- O início do uso antes dos 18 anos foi predominante;
- Os significados atribuídos ao uso de drogas foram: vivências de um mundo mágico sem consequências e responsabilidades; fuga da realidade; necessidade de pertencimento social e/ou familiar; um pedido de ser cuidado; uma maneira de suportar uma realidade insuportável; uma forma de chamar a atenção da família.

**2) O funcionamento do dependente de drogas:**

- Baixa autoestima (sentimento de inferioridade/inadequação/desqualificação);
- Sentimentos de solidão e isolamento. Resolvia suas dificuldades sozinho;
- Abandono momentâneo dos próprios filhos;
- Necessidade de ser aceito e querido por todos;
- Boicote em relação à vida (destrói o que constrói).

**3) Intergeracionalidade:**

- O abuso/dependência de drogas se repete em diversas gerações (envolvendo inclusive os pais), sendo que também foram observadas outras compulsões;
- Figura feminina forte e masculina fraca;
- Problemas de relacionamento conjugal e facilitação em relação ao uso de drogas;
- Ausência paterna;
- Relações conflituosas entre pais e filhos e/ou entre os cônjuges.

**4) O funcionamento familiar, figuras parentais e padrão de educação:**

- Negação familiar (durante um tempo longo) em relação à dependência de drogas dos filhos;
- Famílias desinformadas em relação às questões que envolvem a dependência de drogas;
- Dificuldade familiar de buscar ajuda para si desde o início e de colocar limites, regras e normas claras e firmes dentro de casa;
- Diante da descoberta do uso de drogas pelo filho e/ou cônjuge, a família, ao longo do processo, atribui a responsabilidade do uso de drogas a terceiros (as más companhias), sente-se perdida, intranquila, frustrada, decepcionada, culpada, confusa, sem informações, “descontrolada”, com raiva do dependente, medo, exaustão, desespero, não sabe o que fazer, tenta resolver o problema focando no filho/cônjuge, efetuando ações diversas

(fragmentadas e descontínuas), oscila entre onipotência e impotência (ora se acha responsável por tirar o filho/cônjuge das drogas e resolver os problemas por ele causados, tentando controlar tudo e todos, ora se sente totalmente incompetente);

- Falta de “porto seguro”, muita instabilidade na estrutura de vida e dos vínculos familiares;
- Ambiente familiar permissivo e indutor do uso e abuso de drogas;
- Rituais familiares relacionados ao abuso de álcool e/ou outras drogas;
- Abuso de drogas (lícitas e/ou ilícitas) visto pela família como algo normal;
- Boicote familiar no início do processo de mudança (manter o dependente de drogas como o “problema de família”);
- Desunião familiar (distanciamento);
- A droga como fator de união na relação familiar/conjugal;
- Violência doméstica/abuso emocional/sexual;
- Desrespeito nas relações (agressões psicológicas);
- Relações complementares agravando o quadro (desrespeito mútuo, agressor e agredido, o cuidador e o cuidado);
- Carências em relação às figuras parentais (mãe/pai);
- Falta de diálogo com os pais;
- Ausência paterna;
- Não se sentia visto em suas necessidades pelos pais;
- Todos os homens viam a relação pai e filho distante, pouco afetiva, sem diálogo;
- Todas as mulheres referiram relação mãe e filha sem diálogo/marcada pela sensação de não serem vistas nas suas necessidades;
- Não se sentia amado(a) pela mãe e/ou pelo pai;
- Sentimentos de abandono e/ou rejeição por parte dos pais;
- Ausência de afeto e/ou presença materna;
- Filhos cuidados por avós ou terceiros durante o período da infância e/ou juventude;

- Inversão de papéis (filhos parentais);
- Relações conjugais conflituosas (entre os pais do dependente e entre o dependente e o próprio cônjuge);
- Conjugalidade facilitadora do uso e abuso de drogas (o dependente fez primeiramente uma escolha de parceiro relacionada à dependência de drogas e/ou ao abandono);
- A figura materna representando solidão, desamparo e abandono;
- Famílias com dificuldades de colocar limites nos filhos durante a sua infância e/ou adolescência;
- Educação dos filhos pautada nos extremos (rigidez e/ou “tudo é permitido”);
- Vivências precoces de luto/perdas de pessoas importantes da família;
- Rupturas abruptas na vida em idade precoce (infância);
- A droga como modelo de identificação masculina.

#### **5) Ambiente social:**

- Permissivo e indutor do uso;
- Falta de uma rede social de apoio constante e consistente. As famílias acrescentaram que, para elas, a rede social representava pressão e crítica.

#### **6) Tratamento:**

- Falta de informação sobre formas de tratamento e abordagens direcionadas à família e ao dependente;
- Tratamentos inadequados;
- Falta de tratamento familiar desde o início do processo.

#### **7) Paradoxos:**

- A dependência de drogas afasta o dependente da família, mas ao mesmo tempo os aproxima;
- A dependência de drogas desfocaliza os problemas familiares e ao mesmo tempo os denuncia.

## **A desconstrução da dependência de drogas**

### **1) A relação do dependente com a droga:**

- Abstinência total.

### **2) A relação do dependente com o próprio filho:**

- Passaram a dar limites claros e precisos a eles;
- Proximidade;
- Afeto;
- Transparência;
- Atenção;
- Diálogo;
- Representar um “porto seguro” para o filho;
- Fizeram para os filhos aquilo que sentiram falta na infância e/ou juventude;

### **3) Intergeracionalidade:**

- Diferenciação familiar na recuperação/quebra de padrões intergeracionais;
- Valores fortes relacionados à honestidade e respeito ao próximo, ao trabalho, à independência e ao amor.

### **4) O funcionamento familiar, figuras parentais e padrão de educação:**

- Sentir-se visto e cuidado adequadamente pela família;
- O ambiente familiar colocou limite para a não continuidade do uso;
- Figura materna vista como forte;
- Resgate da relação com a mãe;
- Proximidade respeitosa em relação à vida do dependente de drogas (fim das agressões físicas e/ou emocionais), relação pautada no diálogo, na comunicação, pensamentos, sentimentos e valores claros;
- As famílias passaram a prestar atenção nos filhos, nas suas necessidades;

- Os familiares se fortaleceram, buscaram compreender (a partir de leituras, palestras, etc.) o que se passava, dando significado ao que estava acontecendo; passaram a ter atitudes firmes em relação a direcionar e manter o dependente de drogas no tratamento;
- Mãe/cônjuge/irmã se colocaram como figuras centrais de mudança e apoio na transformação do dependente;
- As famílias direcionaram o olhar para si, visando à própria mudança (autoconhecimento);
- Diferenciação na relação com o dependente (“se ele está mal, eu não preciso ficar mal; se ele quer se destruir, eu não preciso me destruir também”);
- Diminuíram as expectativas/exigências em relação ao dependente, respeitando e valorizando o que ele consegue;
- Oferecimento de tratamento para o filho(a)/cônjuge;
- Cuidados intensos e próximos com o(a) dependente de drogas;
- “Libertação em relação ao sentimento de culpa”;
- Conscientização em relação a uma predisposição orgânica como um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento da dependência de drogas;
- Os dependentes fizeram novas escolhas de parceiro(a), não relacionadas com abandono e nem com dependência de drogas.

##### **5) Funcionamento do dependente:**

- Importante capacidade de resiliência;
- A consciência da dependência de drogas e a necessidade de sair de um sofrimento profundo (sensação de estar no “fundo do poço”, de ter chegado ao limite máximo da destruição);
- Quebra do isolamento;
- Mudanças de vida (comportamento, relações, trabalho, funcionamento, hábitos);
- A consciência e a aceitação de não poder mais usar drogas;
- A crença na própria predisposição orgânica.

**6) Ambiente social:**

- Rede social de apoio saudável representando pertencimento, acolhimento, não ser julgado, local de identificação e valorização e direcionamento (exs.: grupos de ajuda mútua, família e amigos);
- Os limites colocados pelo ambiente social para a não continuidade do uso.

**7) Tratamento:**

- Tanto a família quanto o dependente passaram a participar de reuniões de grupos de mútua ajuda;
- Espiritualidade;
- Tratamentos adequados direcionados ao dependente e à família;
- Participação de grupos multifamiliares;
- Terapia individual e/ou familiar;
- O dependente passou a sentir-se visto e cuidado adequadamente por uma instituição;
- A internação e terapias foram processos importantes na recuperação.

**8) Paradoxos:**

- A dependência de drogas afasta o dependente da família, mas ao mesmo tempo os aproxima;
- É bom ver e construir uma vida sem drogas, porém é ruim enxergar as dificuldades familiares.

As entrevistas, juntamente com a literatura levantada, mostram quanto as inter-relações entre os membros de um sistema familiar – pautadas em repetições de padrões intergeracionais “destrutivos”, conflitos, abandonos (implícitos e/ou explícitos), abusos, desrespeito, drogas (uso, abuso e dependência), violência, permissividade, distanciamentos ou simbioses, desqualificações, inversão de papéis e valores, rupturas, instabilidades, ausências parentais, ignorância sobre temas importantes na educação dos filhos, falta de diálogo e modelos de

identificação precários, somados a contextos sociais facilitadores e indutores do uso e abuso de substâncias psicoativas – representam como “terrenos férteis” para o desenvolvimento da dependência de drogas. Agregando a este cenário um indivíduo que lida consigo, com as suas relações e com o mundo sentindo-se inferior, inadequado, desqualificado, sozinho, isolado, necessitando ser aceito, que busca na droga, dentre outras coisas, um “porto seguro”, um pedido de socorro e atenção, uma forma de denunciar que as coisas precisam mudar, uma maneira de pertencer a um grupo e ser valorizado, além de ajudá-lo a suportar as dificuldades individuais e contextuais. Diante de todas estas questões, os caminhos da prevenção e do tratamento devem perpassar por diversas vias envolvendo aspectos biopsicossociais para abarcar a pluralidade do fenômeno em questão.

Os relatos referentes aos aspectos que contribuíram para a recuperação reafirmam tais pontos, na medida em que o tratamento envolve todo o sistema: possibilita que as famílias passem por um processo de transformação, desfocaliza o problema do dependente de drogas, interrompe padrões de funcionamento intergeracionais que perpetuavam dificuldades inter-relacionais (envolvendo inclusive o tema das drogas). Ademais, a construção e/ou resgate de uma rede social de apoio permite a quebra do isolamento efetuado pelo indivíduo e pela família, oferecendo sustentação aos processos de mudanças dos sistemas como um todo.

Enfim, perante tais dados, ao pensar amplamente em prevenção e tratamento, há que se considerar muito além das políticas públicas focadas na liberação ou não das drogas, e ainda que o tratamento deve transcender a desintoxicação e o tema “usar ou não drogas”. Assim, em termos de prevenção, as ações devem envolver as famílias no que tange às inter-relações e ao funcionamento do sistema como um todo (entre pais e filhos, as conjugalidades e os padrões de repetição intergeracionais), seus valores e crenças transmitidos às diversas gerações, os padrões de educação direcionados aos filhos desde a infância e o contexto sócio-histórico e cultural no qual estão inseridas.

As políticas públicas de prevenção necessitam envolver todos os sistemas em torno do problema, isto é, as famílias, as escolas, as empresas e a comunidade em geral, focando em um trabalho intenso direcionado à construção e ao fortalecimento de valores construtivos para a sociedade, incluindo as inter-relações, os padrões de educação e as crenças que julguem imprescindíveis para o bem-estar social. Pensar em prevenção implica a mudança ampla da sociedade pós-moderna, usando todo o crescimento tecnológico a favor do resgate de certos valores e crenças importantes para a vida comunitária, que foram se perdendo em face de tantas mudanças sociais.

Logicamente não estou pretendendo fazer apologia ao passado, nem restringir a prevenção a um discurso-chavão de que “o mundo se perdeu”, pois algumas pesquisas nacionais e internacionais mostram quanto é possível e necessário rever o funcionamento dos sistemas sociais no que concerne à questão dos seus valores (Macedo e Kublikowski, 2006; Schenker e Minayo, 2005).

Finalizando o pensamento sobre prevenção, penso que o caminho que vem sendo trilhado em relação à conscientização desde tenra idade sobre a preservação do planeta, as políticas públicas direcionadas ao tabagismo são experiências relevantes, cujos resultados têm sido cada vez mais satisfatórios, porquanto envolvem uma mudança na mentalidade, no funcionamento e no comportamento social ante os temas em questão.

No caso das drogas, a visão deve caminhar de maneira homogênea com todas as questões relacionadas à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida. No que se refere a tratamento, há que se estruturar melhor os veículos públicos de controle, baseados em consensos científicos específicos, para evitar abusos de locais e profissionais que se consideram “especialistas”, mas não só não resolvem, como agravam os problemas.

Ampliar a divulgação dos recursos considerados sérios de tratamento, tanto públicos quanto privados, e igualmente os aspectos relevantes que envolvem o fenômeno das drogas, encurtaria o caminho trilhado pelos dependentes e familiares em busca de ajuda. Além disso, os profissionais

necessitam considerar os paradoxos comprometidos nos casos, não os vendo como empecilhos ou problemas que prejudiquem a recuperação, mas sim como partes do processo e do funcionamento dos sistemas, passíveis de serem manejados pelo terapeuta a favor da mudança.

Obviamente que tais objetivos propostos necessitam de métodos adequados para se viabilizarem, portanto a questão principal é como atingir este nível de excelência em matéria de prevenção e tratamento no Brasil, visto que muitas são as barreiras políticas e econômicas que além de não resolverem tais questões, colaboram para o agravamento da estrutura geral nas comunidades, gerando carências significativas relacionadas inclusive à saúde pública.

Não pretendo desmerecer todos os movimentos das instituições públicas e particulares citadas neste trabalho, que já vêm funcionando ao longo dos anos e envolvem os pontos aqui levantados, contudo ainda existem discursos e ações que distorcem a realidade e desviam as atenções para aspectos mais superficiais do fenômeno em tese, além de que, apesar dos esforços, as pesquisas mostram um aumento no uso de drogas, o que me faz pensar que ainda há um longo caminho a ser percorrido rumo à “solução do problema”.

Então, sugiro que, apesar de já existirem ações importantes de prevenção e tratamento, os estudos devem se intensificar focando o fenômeno das drogas na sua multifatorialidade, desenvolvendo e disseminando métodos que atinjam a profundidade desta questão, sem perder de vista a importância de construir uma escuta “humilde” e criteriosa dos sujeitos que passam ou já passaram por tais experiências, pois estes podem ser agentes multiplicadores de transformações nesta área.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. J. R. L. de. *A compulsão à linguagem na psicanálise*. Teoria lacaniana e psicanalítica pragmática, 2004. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Filosofia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, SP.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. Washington, DC, 1994.

ANCONA-LOPEZ, M. Religião e Psicologia Clínica: quatro atitudes básicas. In: MASSIMI, M.; MAFHFOUD, M. (org.). *Diante do mistério: psicologia e senso religioso*. São Paulo: Loyola, 1999.

ANDOLFI, M., ANGELO, C., MENGHI, P., et al. *Por trás da máscara familiar – Um novo enfoque em terapia da família* (M. C. R. Goulart, Trad.). 3. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1984.

ANDRADE, A. G. de; DUARTE, P. C. A. V. do; OLIVEIRA, L. G. *1º Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Faculdade de Medicina da USP, 2010.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da família*. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Association AP, editor. Washington, DC; 1994 e CID10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Versão: 1.6c Data da versão: 30/9/1998 Fonte: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>>. Acessado em 12.4.2012.

BABOR, T. F. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição de dependência de álcool e outras drogas. In: EDWARDS, G.; LADER, M. et al. *A Natureza da Dependência de Drogas*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BAGNO, S.; RENEPONTES, P. Codependência afetiva: um olhar sistêmico. In: MACEDO, R. M. S. *Terapia familiar no Brasil na última década*. São Paulo: Rocca, 2008.

BERG, I. K.; MILLER, S. D. *Trabajando com el problema del alcohol, orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Espanha: Gedisaed, 1996.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. *Dependência de drogas, uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BERRIDGE, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: EDWARDS, G.; LADER, M. et al. *A Natureza da Dependência de Drogas*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. *Programa Valorização da Vida*. Proposta para uma política nacional de prevenção do consumo do álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Educação, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 183 p.

BREITMAN, G. S., STREY, M. N. Questões de gênero: Com a palavra, mediadores e mediadoras. *Psicol. Argum.* Curitiba, v.24, n. 46, jul./set.2006. Disponível em: <[www.biblioteca.redepsi.com.br/browse/index/11?sortId=&recordsPage=3-22k](http://www.biblioteca.redepsi.com.br/browse/index/11?sortId=&recordsPage=3-22k)>. Acesso em 1 out. 2008).

BROECKER, C. Z.; JOU, G. I. de. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência de drogas. *PsicoUSF*, v.12, n.2, Itatiba, dez. 2007.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.14, n.1, Rio de Janeiro, jan./fev. 2009.

BURNS J.; LABONIA FILHO, W. SUPERA – *Sistema para a detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. Presidência da República – Gabinete de Segurança Institucional – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: Módulo 5 – Capítulo 3 – Grupos de Ajuda – Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias – 2008.

CAPRA, F. *O Ponto de mutação: A Ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 22.ed. rev. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1999.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F., NOTO, A. R., et al. *Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Referências 124 envolvendo as 107 maiores cidades brasileiras*. São Paulo: CEBRID-Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.UNIFESP, 2001.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Revista ABP-APAL*,v.15, n. 4, pp.121-7, out.-dez. 1993.

CARLINI, E. C.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F., et al. Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem. *Revista IMESC*, v. 3, pp. 9-35, 2001.

CARTANA, M. H. F.; SANTOS, S. M. A. dos; FENILI, R. M. et al. Prevenção do uso de substâncias psicoativas. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 13, n. 002, pp. 286-289, Florianópolis, SC, abril-junho, 2004.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. et al. As mudanças no ciclo de vida familiar, uma estrutura para a terapia familiar. *Artes Médicas*, 2. ed., 1995.

CERVENY, C. M. O. A família como modelo. Desconstruindo a patologia. 2. ed. *Revista e Atualidade Editora Livro Pleno*, 2011.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.21.

CÉSAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 55, n. 3, pp. 208-211, 2006.

COOK, C. C. H.; GURLING, H. M. D. Os aspectos genéticos do alcoolismo e do abuso de substâncias: uma revisão. In: EDWARDS, G.; LADER, M. et al. *A Natureza da Dependência de Drogas*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.) *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUTRA, D. B. *Alcoolismo Feminino: Comparação de Características Sociodemográficas e Padrão de Evolução entre Homens e Mulheres Alcoolistas*. Tese de Doutorado. Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E. et al. Filhos de dependentes de drogas com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? *Rev. Psiq. Clín.*, v. 31, n. 2, pp. 53-62, São Paulo, 2004.

FILIZOLA, C. L. A.; NASCIMENTO, M. M. A.; PERÓN, C. J. de et al. Compreendendo o alcoolismo na família. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, v. 10, n. 4, pp. 660-70, dezembro, 2006.

FRACASSO, L. 2008. SUPERA – *Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas. Sistema para a detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. Presidência da República – Gabinete de Segurança Institucional – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: Módulo 5 – Capítulo 4 – Grupos de Ajuda – Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias – 2008.

GALDURÓZ, J. C. F. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais*. Cap.2 – SUPERA – SENAD, 2006.

\_\_\_\_\_. Uso, abuso e dependência de drogas. In: SILVA, E. A.; MICHELI, D. *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: Fap-Unifesp, 2011.

\_\_\_\_\_. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. Revista *IMESC*, nº 3, pp. 37-42, 2001.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Uso pesado de álcool entre estudantes de primeiro e segundo grau da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras. *CEBRID. Jornal Brasileiro de Dependência Química*, v.1, pp. 25-32, 2000.

GOUVEIA, V. V.; SANTOS, W. S.; PIMENTEL, C. E. et al. Atitudes frente às drogas e uso de drogas entre os adolescentes: explicações a partir dos valores humanos. In: SILVA, E. A.; MICHELI, D. *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: Fap-Unifesp, 2011.

GRANDESSO, M. A. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GRANT, K. A.; HOFFMAN, P. L.; TABAKOFF, B. Abordagens neurobiológicas e comportamentais da tolerância e da dependência. In: EDWARDS, G.; LADER, M. et al. *A Natureza da Dependência de Drogas*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *J. Bras. Psiquiatr.*, 2006.

HUMBERG, L. V.; COHEN, C. *Não existe um codependente, existem dois dependentes*. São Paulo: Interlivros, 1980.

IBGE. População brasileira estimada em 2010. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acessado em 12.4.2012.

KALINA, E. et al. *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S.; ROIG, P. M. et al. *Dependência de drogas hoje. Indivíduo, família e sociedade*. São Paulo: Artmed, 1999.

LARANJEIRA, R.; DUAILIBI, S.; PINSKY, I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005, v. 27, n. 3, pp.176-177.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre Políticas Públicas do Álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 26, n.1, São Paulo, maio 2004.

LEITE, M. C. Abuso e dependência de cocaína: Conceitos. In: LEITE M. C., ANDRADE, A. G. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artmed;1999. p.25-41.

MACEDO, R. M. S.; KUBLIKOWSKI, I. Os valores positivos e o desenvolvimento do adolescente: uma perspectiva dos pais. *Rev. Bras. de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 16, n. 2, maio/ago. 2006, pp. 38-52.

MACEDO, R.; KUBLIKOWSKI, I.; GRANDESSO, M. A Interpretação em pesquisa qualitativa: a construção do significado. *Anais da I CIBRAPEQ – Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa*. Taubaté, 2004.

MARLATT, G.A. & GORDON, J. R. (orgs.). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção de comportamentos aditivos* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, pp. 64-113.

MARLATT, G.A. Determinantes situacionais da recaída e intervenções de treinamento de habilidades. In: MARLATT, G.A. & GORDON, J. R. (orgs.). *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção de comportamentos aditivos* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, pp. 64-113.

MARLATT, G.A. *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARQUES, A. C. P. R. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, v. 3, pp.73-86, 2001.

MARQUES, M. E.; LOURENÇO, P.; COSTA, S. Risco de recaída numa amostra de dependentes de drogas portuguesas; da compreensão à intervenção. *Revista Toxicodependências*, v. 17, n. 2, pp. 77-83, 2011.

MARTINI, M. I. G.; BERNARDELLI, M.; PAGLIARINI, V. *Quando as Histórias se Repetem: o Estudo de Dois Genetogramas*. São Paulo, 2010.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, Randy. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. Tradução VERONESE, M. A. V. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MESSASA, G. P.; VALLADA FILHO, H. P. O papel da genética na dependência do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 26, Supl. I, pp. 54-58, 2004.

MICHELI, D. e FORMIGONI. Intoxicação por drogas psicoativas: avaliação e diagnóstico do adolescente. In SILVA, E. A. e MICHELI, D. *Adolescência – uso – e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: Fap-UNIFESP 2011, p.134.

MIGOTT, A. M. B. Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?. *Cad. Saúde Pública*. Mar 2008, vol.24, no.3, pp.710-711. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300027>.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MINUCHIN, S. *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990

MORGAN, A. *O que é a Terapia Narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas, 2007.

MORIN, Edgar. *O Método 1: a natureza da natureza*. Trad. Ilana Heineberg. Porto Alegre: Sulina, 2002a.

MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e ... *Rev. Bras. Psiquiatr.* v. 31, pp.208-213, 2009.

NIDA – National Institute on Drug Abuse – National Institutes of Health. *Principles of drug addiction treatment*.

NOTO, A. R. *Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: últimas décadas e tendências*. Texto apresentado no II Congresso Internacional de Dependência Química. São Paulo, ago. 1998.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). *Rev. ABP-APAL*, v.17, n. 3, pp.107-114, jul.-set. 1995.

OLIEVENSTEIN, Claude, et al. *A Clínica do toxicômano: A Falta da falta*. Trad. SETTINERI, F. F. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado de formas de uso. *Rev Psiquiatria Clínica*, v. 35, pp. 212-218, jun.-julho 2008.

OMID – *Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas*. Disponível em: <[http://www.omid.mg.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=520&Itemid=50](http://www.omid.mg.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=520&Itemid=50)>. Acesso em 23.4.2012.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Neurociência: Consumo e dependência de substâncias psicoativas. Resumo*. Genebra, 2004.

ORFORD, J. Em busca de uma síntese no estudo da natureza da dependência de drogas: enfrentando as complexidades. In: EDWARDS, G.; LADER, M. et al. *A Natureza da Dependência de Drogas*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional das Doenças – décima versão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORTH, A. P. S. da. *A dependência de drogas e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, SC, 2005.

OSÓRIO, L. C.; VALLE M. E. *Manual de Terapia de famílias: novas tendências*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Filhos de dependentes de drogas. In: idem. *Aconselhamento em dependência de drogas*. São Paulo: Rocca, 2004.

PECHANSKY, F. *SUPERA* – Sistema para a detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento – Presidência da República – Gabinete de Segurança Institucional – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: Módulo 5 – Capítulo 2 – Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias, 2008.

PENSO, M. A.; COSTA, L. F. *A transmissão geracional em diferentes contextos – da pesquisa à intervenção*. São Paulo: SUMMUS, 2008, 303p.

PRADO, D. *O que é família*. 12ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estud. psicol.*, Natal, RN, vol.11, n. 3, set./dez. 2006.

REICH, W. *A função do orgasmo: problemas econômico-sexuais da energia biológica*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

REIS, T. R. *Fazer em grupo o que eu não posso fazer sozinho: indivíduo, grupo e identidade social em Alcoólicos Anônimos*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

REZENDE, M. M. de. Curto-circuito familiar e drogas: análise de relações familiares e suas implicações na farmacodependência. In: *Linguagem Médica*, 3. ed., Goiânia: AB, 2004.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência de drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, UnB, Brasília, DF, v. 18, n. 1, pp. 95-106, 2002.

ROIG, P. M. e TOMAZ, H. *Drogas: Atuação e recuperação. Mitos e verdades*. São Paulo: Empório do Livro, 1999.

SCHENKER, M. *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.10, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set. 2005.

\_\_\_\_\_. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol. 8, n.1, Rio de Janeiro, jul./set. 2003.

\_\_\_\_\_. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, vol. 20, n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2004.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência de drogas: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicol. Clin.*, vol. 21, n. 2, Rio de Janeiro, 2009.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., Alfredo, et al. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: idem. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, C. J. da; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em Dependência de Drogas. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 26, n.1, São Paulo, maio 2004.

SILVA, E. A. Abordagens familiares. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, ABEAD 1*. 2001, v.2, 21-24.

SILVA, E. A. da; FERRI, C. P.; FORMIGONI, M. L. O. S. Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 44, n. 6, pp. 311-315, jun. 1995.

SILVA, E. A. da; MICHELI, D. de; CAMARGO, B. M. V. de, et al. Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 8, n.1, pp. 41-54, São Paulo, 2006.

SILVA, E. A.; MICHELE, D. (orgs.). *Adolescência, uso e abuso de drogas*. São Paulo: FAP-UNIFESP, 2010.

SILVA, J. L.; MACEDO, R. M. S.; DERNT, N. B. B. B. et al. Um estudo das relações interpessoais em famílias com farmacodependentes. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.12, n.1, pp. 61-70, jan./abr. 2007.

SILVEIRA FILHO, D. X. da. *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SKINNER, H. A. A validação da síndrome de dependência: Será que atingimos a meia vida deste conceito? In: EDWARDS, G.; LADER, M. et al. *A Natureza da Dependência de Drogas*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDOA, P.; CORRÊA FILHO, H. R. et al. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, pp. 277-83, 2004.

SPECK, R. V.; ATTNEAVE, C. L. *Redes Familiares*. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 1990.

STANTON, M. D.; TODD, T. et al. *Terapia familiar del abuso y adicciton a las drogas*. 2. ed. Espanha: Gedisa, 1990.

STEINGLASS, P.; BENNETT, L. A.; WOLIN, S. J. et al. *La familia alcohólica*. 3. ed. Barcelona: Gedisa, 1997.

STERNSCHUSS, S.; ANGEL, P. O dependente de drogas e sua família. In: BERGERET, J.; LEBLANC, J. *Dependência de drogas, uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

STIERLIN, H. *Psicoanálisis y terapia de familia*. Espanha: Icaria, 1979.

SUDBRACK, M. F. de. Terapia familiar sistêmica. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. *Manual de Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001.

TAVARES, B. F.; BÉRIAB, J. U.; LIMA, M. S. de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev. Saúde Pública*, Porto Alegre, v. 38, n. 6, pp. 787-96, 2004.

TOSCANO JÚNIOR, A. Um Breve Histórico sobre o Uso de Drogas. In: idem. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu, 2000.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime World Drug Report [Relatório sobre a droga em nível mundial, 2006], *Gabinete das Nações Unidas Contra a Droga e o Crime, Viena*. 2006. Disponível em: <[http://www.unodc.org/brazil/pt/about\\_us.html](http://www.unodc.org/brazil/pt/about_us.html)>. Acessado em 23.3.2012.

Vasconcellos, M. J. E. *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papyrus, 2002.

VASCONCELLOS, M. J. E. *Terapia familiar sistêmica: Bases Cibernéticas*. Campinas, SP: Psy, 1995.

WALSH, F. *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Rocca, 2005.

WATZLAWICK, P. *A Structured Family Interview*. Family Process. v.5, n.2, 1966, pp.256-271.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix, 1993.

WHITE, M. *O que é terapia Narrativa por Alice Morgan*. Workshop. Porto Alegre, março, 2006.

ZAMPIERI, M. A. J. *Codependência, o transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Ágora, 2004.

## **8 ANEXOS**

(OS ANEXOS FORAM COLOCADOS EM UM CD VISANDO A INTENSIFICAR A PRESERVAÇÃO DO SIGILO DAS IDENTIDADES E HISTÓRIAS DE VIDA DOS ENTREVISTADOS)