

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

ANDRÉA MATA MACHADO FERNANDES DIAS

**DISPOSITIVO DE GRUPO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE MENTAL: UM
ESTUDO DESCRITIVO DO GRUPO DE FAMILIARES DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

BRASÍLIA - DF
2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

ANDRÉA MATA MACHADO FERNENDES DIAS

DISPOSITIVO DE GRUPO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DESCRITIVO DO GRUPO DE FAMILIARES DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio da Costa



II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

ANDRÉA MATA MACHADO FERNANDES DIAS

DISPOSITIVO DE GRUPO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DESCRITIVO DO GRUPO DE FAMILIARES DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. IlenoIzídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof.

Prof.

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

Aos meus filhos Gabriel e Rafael, que com compreensão, carinho e bom humor estão sempre ao meu lado. Em especial ao Weber, meu marido, companheiro e amigo que de forma serena me apoia e me acompanha nessa caminhada.

Aos meus pais minha eterna gratidão e imensa saudade.

Aos meus irmãos que muito me ensinaram.

AGRADECIMENTOS

A Deus que ilumina meu caminho e me fortalece.

Ao meu pai, exemplo de determinação e dedicação, que me incentivou a lutar pelos meus ideais.

A minha mãe que em sua simplicidade e sabedoria muito me ensinou e sempre acreditou no meu potencial.

A minha família pelo apoio e aposta em minhas escolhas.

Ao meu orientador e a todos os professores que muito me ensinaram nesse curso compartilhando conhecimento e experiência.

Aos amigos e colegas de trabalho, em especial a equipe do CAPS, pela paciência, apoio e contribuições. A equipe do NASF pelo carinho e compreensão.

A todos os familiares que participaram e participam do grupo.

A todos aqueles de alguma forma estiveram do meu lado.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo do grupo de familiares de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tem como objetivo identificar a contribuição do grupo na produção de saúde dos familiares de dependentes químicos. Apresenta descrição e percurso do grupo de familiares, e discute os dados à luz do referencial teórico da abordagem sistêmica e de grupo de família. O estudo aponta que os familiares de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool apresentam sintomas de depressão, ansiedades, estresses, se sentem desamparados, culpados e com reduzida autoestima. É visto que, O grupo de familiares tem revelado seu potencial terapêutico à medida que acolhe o sofrimento, favorecendo a exposição da situação problema, num ambiente seguro, e a expressão de sentimentos e emoções. O grupo tem favorecido a troca de experiência, a ajuda mútua, a construção de estratégias de enfrentamento e a busca de solução contribuindo assim, para produção de saúde mental. Por meio deste estudo, reconhece a necessidade da definição do aporte teórico e metodológico como eixo norteador do trabalho com grupo de familiares, para melhor condução do grupo e acompanhamento dos resultados.

Palavras-chave: Dependência química, Família, Grupo.

ABSTRACT

This is a descriptive study of the family group of people with problems arising from the use of alcohol and other drugs. It assumes that family members are also suffering. Aims to identify the group's contribution to the production of health, of family, members of addicts. The study presents description and path of the family group and discussion of the data to the theoretical framework of systems approach and family group.

The study shows that family members of people with problems caused by alcohol use have symptoms of depression, anxiety, stress, feel helpless, guilt and low self-esteem. The family group has revealed its therapeutic potential as accepts suffering favoring exposure problem situation in a safe environment, and the expression of feelings and emotions. The group has favored the exchange of experience, mutual aid, building coping strategies and the search for solution thus contributing to mental health production. Through this study, recognizes the need to define the theoretical and methodological contribution as a guide to work axis with family group, to better group of conduct and monitoring of results.

Keywords: Chemical dependency. Family. Group.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	METODOLOGIA E MÉTODO DE PESQUISA.....	13
3	COMPREENDENDO O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	14
3.1	SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	15
3.2	INTERVENÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	18
3.2.1	Contribuições do Modelo Sistémico na Abordagem Familiar.....	22
3.2.1.1	Conceitos da Teoria Sistêmica.....	25
3.2.2	Família e Dependência Química na Perspectiva Sistêmica.....	27
3.3	POTENCIAL TERAPÊUTICO NO GRUPO DE MULTIFAMILIARES.....	28
4	DESCRIÇÃO E PERCURSO DO GRUPO DE FAMILIARES DO CAPS AD III	33
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
6	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	43
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

INTRODUÇÃO

O uso da substância psicoativa pelo homem não é fato recente, remete as civilizações mais antigas podendo ser considerada uma prática milenar e universal. Na atualidade, o crescente aumento do uso de substâncias lícita e ilícita tornou-se um dos maiores problemas de saúde mundial. De acordo com a organização mundial de saúde (OMS) cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas (PNAD. 2003) independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

No Brasil a realidade é preocupante. Segundo dados do levantamento domiciliar, realizado pelo CERBRID em 2005 (CARLINI et al, 2005), 22,8% da população já fizeram uso de drogas na vida (qualquer tipo de uso inclusive o experimental), exceto álcool e tabaco. A estimativa de dependentes de álcool no mesmo período foi de 12,3% e de tabaco 10,01%. Ainda conforme dados do levantamento da CERBRID (CARLINI et al, 2005), de 9% a 11% das pessoas entre 12 a 65 anos são dependentes de álcool.

Com relação a drogas ilícitas e o uso na vida, a maconha aparece em primeiro lugar com 8,8%, seguida do uso de solventes por 6,1% das pessoas entrevistadas (CARLINI et al, 2005). O uso na vida de psicotrópicos sem receita médica foi de 5,6%, enquanto de estimulantes corresponde 3,2%. Dos entrevistados deste levantamento, 2,9% declararam ter feito uso na vida de cocaína e 0,09% relataram uso de heroína.

A dependência de substâncias psicoativas como o padrão de consumo, em alguns casos, acarretam prejuízos para o indivíduo no plano físico, clínico, afetivo, social e familiar. O sofrimento, decorrente da dependência, não restringe apenas ao sujeito, mas repercute em sua família além de poder desencadear diversas situações de vulnerabilidade.

A convivência com a dependência química expõe os familiares dos usuários de drogas a situações estressantes, muitas vezes por um longo período de tempo, o que pode afetar sua saúde física e mental e demanda tratamento.

No campo da saúde mental, o tratamento psiquiátrico, inclusive para o alcoolismo e outras drogas, esteve pautado no modelo asilar caracterizado por longos períodos de internação e afastamento do doente de sua família e do meio social. Historicamente a família não era inserida no tratamento, assumia um papel de informante não cabendo a ela as ações e responsabilidades do cuidado (Rosa 2005). Mudanças na forma de tratar o doente mental e sua família tiveram início no Brasil, em meados de 1970, com a reforma psiquiátrica e desinstitucionalização da doença mental.

No modelo de atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental é a unidade familiar em toda sua complexidade, entendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial(MIEKLE, 2010).

A família vivencia dificuldades em lidar com o dependente químico, trazendo sofrimento, repercutindo em sua saúde mental e afastamento das relações sociais. Assim, a abordagem familiar é considerada como parte do tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, uma vez que os familiares também necessitam de cuidado e assistência, além da importância do fortalecimento familiar como rede de apoio.

Essa pesquisa trata-se de um estudo descritivo do grupo de familiares de dependentes químicos, realizado no CAPS AD III de Samambaia- DF. Parte do pressuposto que os familiares também estão em sofrimento apresentando sintomas físicos e emocionais, portanto necessitam de cuidado e assistência.

Por meio do estudo descritivo, busca-se conhecer o potencial terapêutico do grupo e o seu alcance na produção de saúde dos familiares e usuários do CAPS AD III, pautando-se nas seguintes questões norteadoras: O grupo de familiares tem propiciado a escuta e acolhimento do sofrimento familiar? Qual a contribuição na saúde mental dos familiares e usuários? O grupo favorece a inserção do familiar e do usuário no CAPS? Qual tem sido o efeito terapêutico do grupo?

A relevância deste trabalho justifica-se pelo fato de que, embora a dependência química seja vista como um grave problema de saúde pública e que seja reconhecida a importância da inserção da família no tratamento, os estudos sobre famílias de dependentes químicos são recentes e escassos, principalmente em relação ao sofrimento familiar como também do efeito da intervenção familiar para a melhoria da saúde mental.

Espera-se com presente estudo uma melhor compreensão e reflexão crítica sobre o alcance do grupo de familiares na produção de saúde mental, como também contribuir para o redimensionamento do grupo em estudo e colaborar para planejamento de ações voltadas para familiares de dependente químico.

Nesse sentido, o estudo tem como objetivo central identificar a contribuição do grupo de familiares, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, na produção de saúde dos familiares de dependentes químicos e conhecer o potencial terapêutico do grupo.

2METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo, a cerca do dispositivo de grupo de familiares no cuidado e atenção aos usuários de álcool e outras drogas em um CAPS AD III. Por meio da pesquisa descritiva, busca observar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipular(GONÇALVES, 2005; CERVO; BERVIAN, 1996). A observação qualitativa será usada como indicador do funcionamento do grupo.

A pesquisa qualitativa procura superar a validade de um conhecimento por sua correspondência linear com a realidade, há o interesse em apanhar o lado subjetivo do fenômeno. A pesquisa qualitativa busca o aprofundamento, por familiaridade, convivência, comunicação, busca também preservar a dinâmica enquanto analisa (DEMO, 2013).

Os dados observados serão interpretados na forma qualitativa, correlacionando teoria e prática. Para tanto, as etapas serão descritas abaixo.

- Levantamento bibliográfico sobre o assunto por meio da revisão teórica as bases de dados do Scielo e Google acadêmico.
- Consulta a literatura científica a cerca da teoria sistêmica, terapia familiar, psicologia dos grupos.
- Consulta dos dispositivos legais sobre álcool e drogas.
- Descrição e percurso do grupo de familiares, por meio de consulta ao registro e relatório dos encontros do grupo.
- Discussão dos resultados.

3 COMPREENDENDO O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso dasubstância psicoativa pelo homem não é fato recente. Prata e Santos (2009) mencionam que o uso de substância remete as civilizações mais antigas, podendo ser considerada uma prática milenar e universal, uma vez que o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, representando a eterna busca do ser humano em aumentar o seu prazer e diminuir o sofrimento.

O crescente aumento do uso de substâncias licita e ilícita tornou-se um dos maiores problemas de saúde mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2003), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

No Brasil a realidade é preocupante. Segundo dados do II levantamento domiciliar, realizado pelo CERBRID em 2005 (CARLINI et al, 2005), 22,8% da população já fizeram uso na vida de drogas (qualquer tipo de uso inclusive o experimental), exceto álcool e tabaco. A estimativa de dependentes de álcool no mesmo período foi de 12,3% e de tabaco 10,01%. Segundo a pesquisa, de 9% a 11% das pessoas entre 12 a 65 anos são dependentes de álcool. Vieira (2007) aponta que no Brasil o álcool, além de ser a droga mais consumida em qualquer faixa etária, a idade de início de sua utilização vem sendo cada vez mais precoce fato que reflete diretamente no aumento de risco para o seu abuso e dependência.

Com relação a drogas ilícitas e o uso na vida, segundo o levantamento realizado pelo CERBRID (CARLINI et al, 2005), a maconha aparece em primeiro lugar com 8,8% seguida do uso de solventes por 6,1% das pessoas entrevistadas. O uso na vida de psicotrópicos sem receita médica foi de 5,6% enquanto de estimulantes corresponde 3,2%. Dos entrevistados 2,9% declararam ter feito uso na vida de cocaína e 0,09 relataram uso de heroína (CARLINI et al, 2005),

O Ministério da Saúde (Brasil, 2003) conceitua drogas como substância psicoativa ou psicotrópica que produzem alterações no sistema nervoso central do individuo e conseqüentemente nos seus padrões comportamentais e emocionais. Dalgalarrondo (2008) define a substância psicoativa como qualquer substância química, que quando ingerida, modifica uma ou varias funções do sistema nervoso central produzindo efeitos psíquicos e comportamentais acarretando de modo geral, uma sensação de prazer ou excitação. São consideradas substâncias psicoativas, segundo classificação do Manual Estatístico de

Transtorno Mental DSM IV (1994): álcool, alucinógenos, anfetaminas, maconha, cafeína, cocaína, inalantes, nicotina, opióide, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

A dependência a substância psicoativa é definida como um padrão mal adaptativo de uso de substância em que há repercussões psicológicas, físicas e sociais que resultam da interação entre o ser humano e uma substância psicoativa. “Há na dependência, um grande envolvimento do sujeito com a substância psicoativa; ele gasta muito tempo e interesse afetivo em atividades que impliquem a obtenção ou consumo da substância” (DALGALARRONDO, 2008, p.345). Sobre esse assunto, Seadi (2007) menciona que a dependência pode ser compreendida como um comportamento dependente no qual o indivíduo abandona sua vida para refugiar-se na sua própria dependência, sacrificando seu conforto, sua segurança, seus afetos pelo comportamento aditivo.

A dependência química, por sua complexidade, pode se compreendida como uma doença biopsicossocial, pois é influenciada por fatores orgânicos, psíquicos, sociológicos e culturais.

O uso abusivo e a dependência de substâncias psicoativa acarretam prejuízos para o indivíduo no plano físico, clínico, afetivo, social e familiar. O sofrimento decorrente da dependência não restringe apenas ao sujeito, mas repercute em sua família além de poder desencadear diversas situações de vulnerabilidade. A convivência com a dependência química expõe os familiares dos usuários de drogas a situações estressantes, muitas vezes por um longo período de tempo, o que pode provocar o desenvolvimento de doenças.

3.1 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

No atual contexto político e social, observam-se mudanças significativas no campo da saúde mental, fruto do processo de reforma psiquiátrica em andamento, que visa à transformação do modelo clássico de assistência e do paradigma da psiquiatria.

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003, p.6).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), preconizado como forma de cuidado na saúde mental, constitui-se como serviço substitutivo e não complementar ao hospital psiquiátrico. A Lei 10216 (BRASIL, 2001) e a portaria 336/2002 (BRASIL, 2002) propõem que o centro de atenção psicossocial seja ordenador da rede de atenção as pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Com relação aos cuidados aos usuários de drogas, em 2002, a portaria 336 inclui os CAPS AD como um dos serviços centrais da nova rede substitutiva dos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Essa portaria instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas e regulamenta as normas e diretrizes para a organização dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), incluindo os CAPS AD voltados exclusivamente para usuários de álcool de drogas (BRASIL, 2002).

Conforme estas portarias citadas acima, O Centro de atenção Psicossocial é caracterizado como um serviço comunitário ambulatorial e tem como objetivo oferecer atendimento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidados intensivos, comunitários e personalizado.

Os CAPS são organizados considerando a estrutura, recursos humanos e profissionais e equipamentos. É considerada também a clientela a que se destina: CAPSI para crianças, adolescentes; CAPS AD para usuário de álcool e outras drogas; e CAPS para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Quanto à capacidade de atendimento classificam-se: O CAPS I - atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, contando com uma equipe técnica mínima. A população a que se destina é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Sua capacidade de atendimentos é de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo-; O CAPS II possui estrutura para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e se diferencia do CAPS I pelo número de atendimentos, que é maior, e com maior capacidade de recursos humanos. O CAPS III atende nos períodos diurnos e noturnos, todos os dias, inclusive nos sábados, domingo e feriados contando com uma estrutura permanente de atendimento (BRASIL, 2002).

O CAPS AD oferece aos usuários atendimento diário por meio da construção de um plano terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e continuada. As atividades desenvolvidas pelos CAPS AD englobam: atendimentos individuais (medicamentoso,

psicoterapia, orientação, entre outros), atendimento de grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Esse tipo de CAPS pode também contar com leitos de repouso.

O Ministério da Saúde em 2003, por meio da Política da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, reafirma que o uso de álcool e outras são um grave problema de saúde pública e reconhece a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS (BRASIL, 2003), e consequente reversão dos modelos assistenciais:

A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e continua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas (BRASIL, 2003, p. 5).

Em 2009 entrou em vigor o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e o Plano integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (PIC). Tendo como referência o PEAD e PIEC o Ministério da Saúde passou a financiar projetos de consultório de rua, casa de acolhimento transitório, escolas de redutores de danos ampliando a rede de atendimento. Em 2011 foi instituído pelo ministério da saúde a Rede de Atenção Psicossocial, RAPS, para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes de álcool e drogas que visa entre outros: ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial; reintegração e reinserção social; assistência na lógica da clínica ampliada, com foco no sujeito e sua singularidade, considerando sua vida, sua história sua cultura; articulação de diferentes saberes e práticas, em equipe multidisciplinar, no campo da atenção psicossocial; reflexão crítica da prática.

3.2 INTERVENÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

No campo da saúde mental o tratamento psiquiátrico inclusive para o alcoolismo esteve pautado no modelo asilar caracterizado por longos períodos de internação e afastamento do doente de sua família e do meio social (Rosa, 2005). A família não era inserida no tratamento até mesmo, era considerada como causadora da doença precisando afasta-se do portador de transtorno mental. “O papel da família era de colocar-se em posição de espera passiva dos resultados das intervenções operadas pelos detentores do saber competente” (ROSA, 2005, p.206). Assim, a família assumia um papel de informante não cabendo a ela as ações e responsabilidades do cuidado.

O modelo hospitalocêntrico da saúde mental começa a mudar a partir de 1950, quando os serviços psiquiátricos da Europa e dos Estados Unidos iniciaram um processo de modernização com a finalidade de reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos, de prover um tratamento psiquiátrico com bases menos restritivas e custos mais reduzidos.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica indicou-se em meados de 1970, sendo inicialmente influenciada pela Psiquiatria Preventiva Americana e, posteriormente, pela Psiquiatria Democrática Italiana, marcada, entre outros, pela desinstitucionalização psiquiátrica, fazendo a transição do modelo hospitalar para o modelo psicossocial, trazendo assim mudança na forma de tratar o doente mental e sua família. (LOURENÇO E CARDIM, 2010)

Na atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental é a unidade familiar em toda sua complexidade, entendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é imprescindível que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas (MIELKE, 2010). O modelo de atenção psicossocial considera o indivíduo como uma pessoa em sofrimento psíquico, que, juntamente com seus familiares e o meio social em que vive, são fundamentais no tratamento. Assim, o meio social do indivíduo deve ser considerado no trabalho da equipe de saúde mental, sobretudo da família, buscando sua inserção e envolvimento no tratamento do usuário.

A intervenção familiar e inclusão no tratamento da dependência química ganha maior ênfase no Brasil a partir de década de 70 sob a influência do novo paradigma da doença mental e das teorias familiares. No estudo sobre Intervenções Familiares no Tratamento da Dependência, Lourenço e Cardim (2010) mencionam que os primeiros estudos sobre dependência química lançavam seu foco apenas no dependente, não considerando o papel da família e suas implicações nesse processo. Acrescentam ainda que atualmente os familiares constituem uma excelente fonte de ajuda no tratamento da dependência, a partir do momento em que se considera a família como um sistema que necessita de orientação e acompanhamento para que o resultado do tratamento seja mais eficiente e eficaz.

Há reconhecimento do papel que as famílias podem desempenhar no tratamento por abuso/dependência de substâncias psicoativas, em termos de prevenção e/ou influência no curso do problema da dependência, ajudando a reduzir os efeitos negativos em seus membros. Silva (2003) chama atenção do papel da família apenas como coadjuvante do tratamento uma vez que a saúde da família que convive com o alcoolista é geralmente ignorada. Segundo a autora, a assistência fundamentada num modelo que privilegia a pessoa alcoolista, esquecendo-se das outras que também sofrem ao seu redor, contribui, de forma

decisiva, para que no futuro os próprios familiares possam se tornar pacientes deste modelo de assistência.

Em estudo sobre os modelos assistenciais em saúde mental e o impacto na família, Cavalheri (2010) afirma que a vivência com a enfermidade, seja ela de ordem física ou psiquiátrica, é algo complexo e exaustivo para os familiares. Essa situação exaustiva se eleva quando a doença é de longa duração, recorrente em suas manifestações agudas e experienciada como estigmatizadora e incapacitante. Tais condições, que geram uma sobrecarga emocional, física e econômica, modificam o funcionamento familiar e agrava a saúde, a vida social, as relações entre familiares, o lazer, a situação econômica, o desempenho profissional, as atividades domésticas e outros aspectos da vida (MACIEL et al,2014).

Ansiedade popularmente descrita como nervosismo, agonia, choquinho na cabeça, é definida por Dalgarrondo (2008, p.166):

como estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável inclui manifestações somáticas e fisiológicas tais como: dispneia, taquicardia, vaso constricção ou dilatação, tensão muscular sudorese, tontura.

Ansiedade perpassa pelos seguintes sintomas mentais: inquietação interna, medo difuso e impreciso, apreensão desagradável, preocupações exageradas insegurança, irritabilidade, dificuldade para concentrar, insônia.

O termo ansiedade e angustia podem aparecer como sinônimo na literatura clínica. De acordo com Dalgarrondo (2008) há diferenças sutis entre tais conceitos:

Do ponto de vista existencial a angustia tem significado mais marcante, é algo define a condição humana, é um tipo de vivência mais pesada, mais fundamental que a experiência de ansiedade. Angustia remete a sensações mais corporais como: aperto no peito, nó na garganta, sufocamento.(p.166)

Deglarronde(2008) ressalta ainda que o medo refere-se a um objeto mais ou menos preciso, diferenciando-se da ansiedade e angustia que não se referem a objetos específicos, e assim define:

O medo não é uma emoção patologia, mas uma característica universal dos animais superiores e do homem. Trata-se de um estado progressiva insegurança e angustia de impotência e invalidez crescente, ante a impressão que sucedera algo que o indivíduo quer evitar, o que progressivamente se considera menos capaz de fazer. (DEGLARRONDE, 2008 p.170).

As manifestações da ansiedade não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada, contudo a exposição a fontes externas de estresses é um importante fator desencadeador dos sintomas de ansiedade. Na dependência química observa-se uma exposição contínua dos familiares a fontes estressoras.

Pesquisa realizada sobre a Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool (LIMA; AMAZONAS; MOTTA, 2007) constatou que 93,53% das esposas apresentaram stress, sendo 70,96% com sintomas psicológicos, 19,35% com sintomas físicos e 3,22% com sintomas físicos e psicológicos. Como fontes externas de stress, foram identificadas: sobrecarga por assumir todas as responsabilidades na família; falta de apoio em relação à dependência do marido; e agressões verbais por parte dele. Quanto às internas: não perceber alternativas que ajudem na recuperação do marido; sentimento de raiva ao vê-lo alcoolizado; e tensão e preocupação quando ele sai de casa. Os dados apresentados pela pesquisa evidenciam o sofrimento e a sobrecarga emocional dos apontando para a necessidade de intervenção junto aos familiares, seja por meio de técnicas do controle de stress conforme colocado pela pesquisadora ou por meio de outras abordagens.

A depressão se configura como um estado de alterações do humor, tendo como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo. “Apresenta uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autovalorização, à vontade e à psicomotricidade” (DALGALARRONDO, 2008). Os sintomas mais frequentes segundo MELO et al (2014) são:

Humor deprimido, perda de interesse e prazer, redução da energia, fácil estado de exaustão, diminuição das atividades, fadiga em pequenos esforços, redução de concentração e atenção, redução na confiança e na autoestima, sentimento de culpa ou de inconveniência, desânimo e pessimismo em relação ao futuro, ideias ou atos de autodestruição ou suicídio e diminuição do apetite e da libido (p.21).

Os sintomas depressivos causam prejuízos em várias áreas da vida, como o autocuidado, as responsabilidades cotidianas e o funcionamento social e ocupacional do indivíduo (MELO et al, 2014).

Com relação aos sintomas depressivos nos familiares de dependente químico, Maciel et al (2014) realizaram uma pesquisa descritiva, pautado na importância de avaliar de modo adequado o sofrimento familiar bem como os danos causados à qualidade de vida dos familiares de dependente químico. O estudo visou à verificação de prevalência do sintoma depressivo nos familiares de dependente químico e sua relação com variáveis sócio demográficas dos participantes. A pesquisa foi realizada em instituições de tratamento para dependentes químicos em João Pessoa/PB compondo uma mostra de 100 familiares. Utilizou-se um questionário sócio demográfico e o inventário de depressão. Constatou-se um índice de 66% de sintomatologia depressiva, dos quais 35% possuíam sintomas leves, 27%, moderados,

e 4%, graves. A escolaridade mostrou-se significativamente relacionada com a sintomatologia depressiva, e identificaram-se maiores médias nos participantes com baixa escolaridade. Esses resultados são importantes porque os familiares são pouco estudados e assistidos pelas políticas públicas de saúde, embora sejam consideradas relevantes. As pesquisadoras apontam a necessidade de apoio a esses familiares, para que não se sintam desamparados na responsabilidade de cuidar, em casa, do seu familiar dependente químico. Recomendam que as equipes de saúde mental atentem para a realidade das famílias, considerando suas reais condições e propiciando oportunidades de superação das dificuldades e minimização da sobrecarga, de modo que esses familiares se sintam não somente acolhidos, mas assistidos em suas demandas.

A importância da intervenção junto aos familiares de dependentes química pode ser visualizada na pesquisa realizada por Maluf (2002) para avaliar de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar. Trata-se de um estudo comparativo de uma mostra de familiares de usuários de drogas antes e depois da intervenção familiar a fim de verificar a diminuição dos estados iniciais de depressão e ansiedade. Foi utilizado o questionário de aspectos sócio demográficos e as escalas: Beck Depression Inventory; Center for epidemiologic Studie-Depression; Beck Anxiety Inventory; Stait – Trait inventory.

As escalas de sintoma depressivos utilizadas apontaram a diminuição da sintomatologia depressiva após a intervenção. A pesquisa constatou diminuição nos sintomas de ansiedade e depressão dos familiares de usuários de drogas após se submeterem a intervenção familiar. Conclui que os familiares que não tinham parentes na instituição se beneficiaram mais. Apontou maior benefício para os familiares que eram casados.

A família vivencia dificuldades em lidar com o depende químico trazendo sofrimento, repercutindo em sua saúde mental e afastamento das relações sociais. Assim, a abordagem familiar deve ser considerada como parte do tratamento as pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, uma vez que os familiares também necessitam de cuidado, além da importância do fortalecimento familiar como rede de apoio.

3.2.1 Contribuições do Modelo Sistémico na Abordagem Familiar

O advento da psicanálise com Freud trouxe o aprofundamento do conhecimento do mundo intrapsíquico do indivíduo e a ideia das relações parentais na constituição do sujeito,

abrindo campo de interesse de estudo para pesquisadores e clínicos sobre as relações familiares. Mas é na segunda metade do século XX que a família torna-se uma área de estudo no campo da psicologia em que a própria família é o objeto e cujo foco centra-se nas relações familiares e não mais no indivíduo em separado, ampliando assim o do intrapsíquico para interrelacional. Esse movimento se deu dentro de um contexto histórico e em consonância com o novo paradigma da ciência.

O novo paradigma da visão e compreensão do mundo sob a ótica da Teoria Geral do Sistema traz implicações nas diversas áreas do conhecimento. A teoria Geral dos sistemas, formulada por Ludwig Von Bertalanffy em 1945, procurava explicar os princípios de organização dos sistemas vivos definindo-os como sistemas abertos, ou seja, um sistema que troca informações ou material com o meio ambiente, em oposição a um sistema fechado que não o faz. Os sistemas, ainda segundo essa teoria, são entidades complexas que englobam subsistemas e supra-sistemas. Cada subsistema tem limites e autonomia própria, porém interagem e dependem do controle geral do supra-sistema ao qual pertencem (GRANDESSO, 2009).

No campo da terapia familiar emerge uma nova concepção de família como um sistema, uma unidade, na qual o objeto de estudo passa a ser a família e não mais o indivíduo dentro da família. As terapias familiares surgem no final da década de 50 nos Estados Unidos, por um grupo de pesquisadores, que apoiados na teoria geral dos sistemas buscavam investigar o padrão de interação e comunicação em vínculos interpessoais. O grupo norte americano, conhecido como Palo Alto focou os estudos nos padrões comunicacionais predominantes nas relações dos pacientes esquizofrênicos com seus familiares (GRANDESSO, 2009)

Sob a luz do novo paradigma, o foco sai do indivíduo e recai nas relações familiares, no padrão de interações que se estabelecem, uma vez que considera que a experiência de cada membro da família afeta o sistema familiar, e busca compreender as interações com outros sistemas, além da família nuclear.

Minuchin (1990) compreende a família como um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interações. Ressalta que estes padrões constituem a estrutura familiar, delineando sua gama de comportamento e facilitando sua interação.

Vasconcellos (2012) apresenta que sob a nova ótica amplia-se o foco do indivíduo para o sistema que engloba família, trabalho escola, e para os sistemas dos sistemas envolvendo as redes sociais, comunidades, ecossistemas.

Orth (2005) aponta que a concepção sistêmica percebe o mundo como uma teia de relações, de conexões entre as diversas partes que compõem o sistema vivo havendo, portanto uma noção de circularidade entre os elementos da família e do social. A autora ressalta ainda que cada um tem seu papel e responsabilidade na manutenção da estrutura e dinâmica social e familiar, e, por conseguinte na saúde ou doença mental de seus componentes, destacando a importância de considerar a família em seu contexto social para uma melhor análise e conhecimento de sua dinâmica emocional.

Significativa contribuição à prática da terapia sistêmica familiar pós-moderna se deu sob influência da cibernética de 2ª ordem ou cibernética dos sistemas observantes, advindo dos avanços pelas descobertas da física quântica, pela teoria da relatividade de Einstein, pelo conhecimento da relatividade de Maturana e de questionamento vindo da filosofia, conforme apresentado por Grandesso(2009). Nessa perspectiva o conhecimento objetivo da realidade é colocado em dúvida postulando a impossibilidade da separação entre o sujeito e o objeto. Nesse sentido inclui o observador na análise das relações de um sistema (VASCONCELLOS, 2010).

Três dimensões que constituem uma nova visão do mundo sistêmica são destacadas por Vasconcellos (2012). A primeira dimensão refere-se ao reconhecimento da complexidade do mundo, que implica ver e pensar as relações existentes em todos os níveis da natureza e buscar a compreensão dos acontecimentos em relação ao contexto em que ocorrem. A segunda dimensão remete à crença na instabilidade, ao dinamismo das situações e que o mundo esta em processo de tornar-se com possibilidades de mudança e evolução dos sistemas. Por último, a crença na intersubjetividade como condição de construção do conhecimento. Reconhecer que não existem realidades objetivas. As realidades físicas, biológicas ou sociais são constituídas à medida em que interagimos com o mundo.

Na terapia familiar pós- moderna foram incorporados os conceitos de auto-organização, autorreferência, reflexividade e autopoiese dos sistemas vivos. Compreendendo, assim, que os sistemas vivos, como os sistemas humanos são capazes de produzir suas próprias mudanças, as quais são operadas e limitadas pela própria organização sistêmica (GRANDESSO, 2009). Sob essa ótica, a autora aponta que a terapia familiar pós-moderna passa a se inserir no campo da linguagem e do significado e vem se organizando em torno de dois referenciais epistemológicos distintos: o construtivismo e o construcionismo social que partilham a impossibilidade de acesso a uma realidade objetiva e a crença na realidade construída a partir do ato de observação que inclui o observador.

No campo da terapia familiar pós-moderna há uma diversidade de abordagem terapêutica - abordagem narrativa; colaborativa; pós-moderna crítica; estrutural estratégica pós-moderna- que se organizam com base nos referenciais pós-modernos, em torno de pressupostos teóricos comuns (GRANDESSO,2009, p.116):

A consciência de que o terapeuta co-constrói no sistema terapêutico, em ação conjunta com a família, a definição do problema e das possibilidades de mudança;

A crença de que toda mudança só pode se dar a partir da própria pessoa e da sua organização sistêmica autopoietica, sendo responsabilidade e especialidade do terapeuta a organização da conversação terapêutica;

A mobilização dos recursos da família, da comunidade, das redes de pertencimento, legitimando o saber local de pessoas e contextos;

Uma concepção não essencialista de self, compreendido como construído no contexto das relações e práticas discursivas;

A visão da pessoa como autora de sua história e existência, competente para a ação, para o agenciamento de escolhas a partir de um posicionamento autorreflexivo, moral e ético, podendo criar e expandir suas possibilidades existenciais;

A ênfase sobre os significados socialmente construídos na linguagem e nos espaços dialógicos, sendo construídos nos discursos emergentes e, ao mesmo tempo, responsáveis por suas transformações;

A crença no diálogo, definido como um cruzamento de perspectivas, como uma prática social transformadora para todos os envolvidos, independente de seu lugar como terapeuta e cliente;

A ênfase nas práticas de conversação e nos processos de questionamento como recurso para gerar reflexão e mudança, conforme expande os horizontes de terapeutas e clientes;

A adoção de postura hermenêutica em que a compreensão é co-construída intersubjetivamente pelos participantes da conversação;

A ênfase muito mais no processo do que no conteúdo das histórias, compreendendo as narrativas como locais e, portanto, idiossincráticas.

Os pressupostos teóricos mencionados trazem contribuições significativas para o desenvolvimento e condução de grupos, destacando no presente trabalho, a abordagem colaborativa. Essa abordagem, desenvolvida por Harlene e Goolishian, parte do pressuposto dos Sistemas humanos como sistemas linguísticos, geradores de linguagem esignificado, organizadores e dissolvedores de problemas. “Organiza-se como uma terapia de base dialógica na qual o cliente é o expert e o terapeuta é um participante ativo ‘arquiteto do diálogo’ ” (GRANDESSO, 2009, p.112). Grandesso (2009) compreende que a abordagem colaborativa constitui uma forma de conversação na qual o terapeuta e o clienteparticipam do co-desenvolvimento de novos significados, novas realidades enovas narrativas, a partir deuma postura terapêutica de genuíno não saber.

3.2.1.1 Conceitos da Teoria Sistêmica

Sob o novo paradigma da família torna-se necessária a compreensão de alguns conceitos básicos de sistema familiar e aberto, conforme apresentado por Bousso (2008) e Orth (2005):

Ciclo de Vida Familiar: são os estágios de desenvolvimento da vida familiar, que vão desde sua constituição até seu desaparecimento. O ciclo de vida familiar permite uma visão da família no decorrer do tempo e do retorno de fases periódicas durante várias gerações.

Circularidade: Cada membro tem a sua participação e responsabilidade e que todos se influenciam reciprocamente, independentes de sua idade. A relação entre quaisquer dos elementos do sistema é bilateral, o que pressupõe uma interação que se manifesta como sequência circular.

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

Diferenciação: Diz respeito à capacidade do indivíduo em funcionar de forma autônoma e independente da sua família, caminhando para a maturidade emocional. A diferenciação é dividida em graus de separação e varia desde a completa simbiose até a completa autonomia.

Equifinalidade: Independentemente de qual seja o ponto de partida, um sistema aberto apresenta uma organização que garante os resultados de seu funcionamento.

Estrutura Familiar: Termo utilizado por Minuchin, no que se refere não só à composição da família, mas também como um conjunto invisível de padrões transacionais formados por regras e leis que regem a conduta interativa dos componentes.

Família: Sistema aberto e em transformação constante pela troca de informações com os sistemas extrafamiliares. As ações de cada um de seus membros são orientadas pelas características intrínsecas ao próprio sistema familiar, mas podem mudar diante das necessidades e das preocupações externas. Família Nuclear – pais e filhos. Família de Origem pais e irmãos de uma pessoa e em geral, refere-se à família nuclear original de um adulto. Família Ampliada – engloba todos os parentes e as famílias unidas por casamentos ou outro tipo de união.

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

sistema) pouco claras; fronteiras rígidas - quando os membros do sistema familiar utilizam regras inflexíveis inter e intra sistema.

Globalidade: O sistema se comporta como um todo coeso, o que implica que a mudança de uma parte altera todas as outras partes e todo o sistema.

Homeostase Familiar—tendência das famílias a resistir à mudança para manter uma situação já consolidada. Trata-se do processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema. Quando acontece uma mudança na família, ocorre alteração para uma nova posição de equilíbrio. A família reorganiza-se ou se reequilibra de modo diferente da organização familiar anterior. As famílias são capazes de mudar, em resposta a um desafio à integridade delas.

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

Morfogênese a capacidade do sistema em absorver informações do meio e mudar sua organização. Refere-se aos sistemas abertos. Pode-se pensar na permeabilidade da família.

Paciente Identificado: O portador dos sintomas ou paciente oficial, na identificação da família. Pessoa cuja situação provocou a demanda de tratamento.

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

Padrões Intergeracionais: Comportamentos que se passam de uma geração a outra.

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

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

Relações Simétricas: Relacionamentos baseados na igualdade.

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

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

Relações Complementares: As relações complementares nos casais se apresentam quando um dos membros assume o outro, obedecendo em tudo e por tudo.

Retroalimentação: A retroalimentação pode ser aplicável tanto a organismos como para as ciências sociais. Garante o funcionamento circular pelo mecanismo de circulação de informação entre os componentes do sistema por princípio de feedback. O negativo funciona para a manutenção da homeostasia e o positivo responde pela mudança sistêmica.

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

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

3.2.2 Família e Dependência Química na Perspectiva Sistêmica

Na perspectiva sistêmica, compreende-se a família como um sistema aberto, no sentido de suas trocas com o meio, cujos membros têm contato direto, laços emocionais e uma história compartilhada. Orth (2005) pautada nos estudos de Minuchin (1999) coloca que a família apresenta uma estrutura com a presença de padrões e propriedades que organizam a estabilidade da família em termos de sustentar uma dinâmica relacional que contemple os fatores de proteção necessários para seu desenvolvimento enquanto grupo e indivíduos, convivendo com os desafios das mudanças próprias das transições presentes no ciclo vital da família. Nesse sentido, Orth (2005) compreende a família é um sistema em constante evolução, que precisa adaptar-se às mudanças relacionais inerentes ao ciclo de vida familiar, ao contexto social mais amplo e às situações específicas de cada membro.

Na dependência química observa-se a influência da família no seu desenvolvimento. Orth e More (2008) mencionam que é constatado tanto na literatura científica quanto pelos profissionais a ideia de que há influência da família no desenvolvimento da drogadição, e que esses profissionais são desafiados rotineiramente pela complexidade da temática, associando a isso o fato de não poder definir a priori apenas um tipo específico de funcionamento familiar.

As autoras remetem aos estudos de Kaufman (1989) e Resende (1997) que reconhecem o drogadito como o portador do sintoma da disfunção familiar, como parte do funcionamento familiar que colabora para a manutenção da homeostase. Orth (2005) pontua que o comportamento adicto cria situações para desfocalizar o problema de relacionamento

dos pais; estabelece uma aliança com um dos pais em separado e as fronteiras geracionais não estão bem definidas e frequentemente existe competição entre pais e irmãos.

Ainda, segundo Orth (2005) a dependência pode aparecer para resolver um conflito que surge no ciclo vital familiar, fazendo com que a família permaneça nessa mesma etapa do ciclo familiar vital. Nesse sentido é necessário compreender a drogadição enquanto sintoma familiar e indagar-se sobre sua função no contexto familiar, qual o significado e qual a mensagem esse sintoma traz.

Na compreensão da drogadição como sintoma, Sudbock (2009) considera que o uso indevido de drogas pode ser concebido como uma comunicação ou expressão da crise. Pode ser visto como uma tentativa do sistema mostrar uma mudança sem que de fato nenhuma mudança ocorra. Aponta o aspecto positivo do sintoma enquanto mensageiro da necessidade de mudança. Adverte quanto a sua consequência negativa à medida que pode intensificar o comportamento sintomático do adolescente que passa a funcionar como mecanismo homeostático do sistema, deixando de ser um sinal da necessidade de mudança passando a ser o fator da não mudança.

Com relação à compreensão da multifatorialidade que permeia a drogadição Orth e Moré (2009) retomam aos estudos de Stanton e Told (1985), Carter e MacGoldrick (2001) e Kalim (1999), que compartilham a ideia de que é o conjunto de fatores biopsicossociais que interferem direta ou indiretamente no processo de dependência química. Apontam a família como um dos sistemas que maior atenção requer nesse processo, por se constituir numa das principais fontes de proteção e risco nos estágios de desenvolvimento do indivíduo.

Considerando a complexidade e os aspectos multifatoriais da dependência química Sudbrad (2009) aponta que em relação ao sintoma, a abordagem sistêmica conduz a uma análise que extrapola a leitura do sintoma do contexto familiar, abrangendo aspectos mais amplos: institucionais, sociais e econômicos. Refere-se ao trabalho do psicólogo e terapeuta familiar François-Xavier Colle (1996) que propõe a definição de dependência química incluindo seis níveis: Dependência dos efeitos; dependência das relações afetivas; dependência do fornecedor; dependência do provedor; dependência do dos pares de consumo; dependência de crenças.

Para a compreensão do uso de substância no modelo sistêmico, Cardim e Lourenço (2010) remetem ao conceito apresentado por FIGLIE (2007):

Considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbriodinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. Na perspectiva sistêmica, um dependente químico exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro

do sistema, mesmo que para isso a dependência química faça parte do seu. Funcionamento e muitas vezes, a sobriedade pode afetar tal homeostase. O Terapeuta utiliza várias técnicas para clarificar o funcionamento familiar e promover mudanças de padrões e interações familiares. (p.7)

3.3 POTENCIAL TERAPÊUTICO NO GRUPO DE MULTIFAMILIARES

O atendimento em grupo teve início no século passado, por meio de experiências significativas de grupos terapêuticos, estudos sobre o funcionamento e dinâmica de grupos e produção teórica. Desde então, vem sendo cada vez mais reconhecido, em diversas abordagens e orientações teóricas o papel terapêutico dos grupos terapêuticos na produção de saúde (COELHO,2010).

Segundo Narvaz (2010) uma das primeiras experiências de Grupo terapêutico foi realizada por Joseph Prat, em 1905. Refere-se ao atendimento a pacientes tuberculosos do hospital geral de Massachusseter nos Estados Unidos. Prat realizava reuniões em grupo oferecendo informações sobre a doença e medidas de higiene. Narvaz (2010) menciona ainda que foi observado nesse trabalho que a tuberculose como doença comum a todos os pacientes favorecia a união e camaradagem.

“A abordagem com grupo de familiares iniciou em 1950 a partir dos trabalhos de Lauquer e seus co-terapeutas, no contexto hospitalar, tanto com pacientes internados quanto ambulatorial (MORAES, 2008. p. 26)”. “Lauquer reunia 5 a 6 famílias para sessões regulares, nas quais os familiares podiam partilhar suas dificuldades, experiências e trocar sugestões (NARVAZ,2010, p.2)”.

O uso experimental do grupo foi desenvolvido a fim de conhecer o comportamento humano e compreender as leis de funcionamento dos grupos possibilitando a formulação de conceitos teóricos como coesão do grupo, a influência das pressões sociais nos padrões de relação do grupo, coerção, processo de decisão, liderança, afetividade e aprendizagem nos grupos dentre outras, conforme mencionado por Coelho (2008).

Kurt Lewin(apud COELHO, 2008, p. 169)considera o grupo “um campo de forças, cuja dinâmica resulta da interação dos componentes em um campo (ou espaço) psicossocial”. Há na dinâmica dos grupos a presença de duas forças contraditórias: coesão e dispersão que faz com que o grupo se transforme.

Afonso (2003, p.19) traz o conceito de grupo definido “como um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos e/ou ideias em comum e se reconhecem interligadas por esses objetivo-ideais”. Considera que um grupo deve ter “relações face a

face” na qual todos os seus membros se conhecem e reconhecem unidos no grupo. O vínculo formando entre os participantes do grupo devem responder às suas necessidades individuais e grupais e o objetivo do grupo se manifesta pelo interesse dos seus membros em torno de um problema comum (COELHO, 2010).

O grupo unido em torno de um objetivo em comum apresentando a mesma problemática é um campo para manifestação da solidariedade criando uma rede de apoio mútuo. Narvaz (2008, p.3) coloca que a solidariedade presente nos grupos pode ser compreendida a partir da noção introduzida por Pages (1982) de solidariedade inconsciente que se manifesta nos grupos por intermédio de reações agregarias, baseadas em identificações entre os participantes. “O esforço solidário pode ser compreendido como uma defesa coletiva contra a angústia, reparando os prejuízos causados pelas estruturas sociais constrangedoras” (NARVAZ, 2008, p.3) constituindo um importante fator terapêutico do grupo.

Fatores facilitadores da função terapêutica são mencionados por Narvaz (2008): vivência comum do sofrimento; a permissão para falar e sentir livremente em um ambiente acolhedor; a reação de espelho pelas ressonâncias e identificações; a atmosfera de ajuda que favorece a esperança e a experiência emocional corretiva. Destaque especial é dado em relação à solidariedade, a oportunidade troca e ajuda mútua oportuniza ao indivíduo reconhecer o outro e exercitar a importante capacidade de reconectar-se, sentir-se apoiado e fazer reparações. O campo grupal funciona como uma galeria de espelhos, além de oportunizar as ressonâncias entre as comunicações trazidas pelos diferentes membros (NARVAZ, 2008).

O pesquisador traz ainda a contribuição das experiências de apoio, coesão e autorreflexão que se dão no grupo na promoção de saúde mental.

No grupo, os pacientes experimentam um grande alívio ao descobrirem que não estão sós, que seus problemas são universais e que podem compartilhá-los. Há, também, uma ênfase na esperança e na ajuda, o que eleva a autoestima por meio do sentimento de ser útil, altruísta, e solidário. (NARVAZ, 2008, p.3).

Segundo Afonso (2003, p.11) “nos grupos, os sujeitos humanos se reconhecem como participantes de uma sociedade, inseridos em uma teia de relações, e papéis sociais, através da qual constroem suas vidas”.

Para a compreensão do processo grupal, Coelho (2010) apresenta 03 fases de desenvolvimento: O momento inicial marcado pelo processo de aquecimento, filiação pertencimento, troca de experiências estabelecimento de vínculos e aparecimento das diferenças; momento intermediário no qual há maior segurança e desenvolvimento do

sentimento de grupo, surgimento da afirmação da singularidade e necessidade de reconhecimento. Considera esse momento propício ao uso de perguntas dialógicas, que incentivem a reflexão; e o momento final no qual ocorre a sistematização do trabalho realizado tanto em relação ao crescimento, desenvolvimento e aprendizagem quanto em relação à tarefa. Avalia-se também o impacto das mudanças conseguidas em relação ao contexto do grupo e as perspectivas que poderão se abrir.

A abordagem familiar em grupo é uma técnica que possibilita um contexto onde os padrões de relacionamento intrafamiliares e os relacionais das famílias com a comunidade podem ser percebidos. Importante característica do grupo mencionada por Moraes (2008) é a de possibilitar aos membros do grupo ver os demais em interação, passando da compreensão particular para a compreensão do outro, oportunizando as famílias repensar os seus conceitos e incluírem-se no projeto de mudança.

Na atenção psicossocial há uma diversidade de grupos focados no atendimento à família: Grupo de apoio, grupo de sensibilização, grupo de multifamiliares, de orientação, acolhimentos entre outros. Afonso (2003) aponta que a variação da nomenclatura pode indicar muito mais dos aspectos formais – número de participantes, frequência, rotatividade, duração, nº de encontros previstos entre outros - do que a estrutura. Assim, a estrutura do grupo de multifamiliares pode ter um caráter “psico-educativo”- operativo ou terapêutico e a intervenção pode variar de acordo com a abordagem e orientação teórica do terapeuta.

Com relação à rotatividade dos participantes destaca-se: grupo fechado no qual não há rotatividade, e o grupo aberto em que é permitida a entrada e saída dos participantes. Sobre esse aspecto Afonso (2003) pondera: Uma rotatividade alta prejudica a formação de vínculos entre os participantes, mas uma rotatividade nula pode ser por demais rígida. O grupo fechado pode ser mais indicado para grupos que tratam de questões mais conflitivas, enquanto o aberto pode ser mais interessante para os que têm caráter preventivo e educativo.

Outro aspecto importante mencionado por Afonso (2003) refere-se à duração do grupo no tempo, apontando que quanto mais um grupo estende o seu trabalho no tempo mais possibilidade terá de aprofundamento em suas reflexões e interações. Recomenda que ao propor um grupo deve-se adequar sua forma de funcionamento e organização de acordo com sua estrutura e em conformidade aos seus objetivos, dimensão educativa ou clínica.

O grupo de multifamiliares organiza-se em torno de um problema particular e comum favorecendo a coesão, identificação. Possibilita a expressão de sentimentos e das dificuldades relacionais na dinâmica familiar ao mesmo tempo em que possibilita a partilha de

experiências e ajuda mútua. Ravazzola (1997, p.301-302), citado por Narvaz (2010) caracteriza a terapia multifamiliar:

A terapia multifamiliar consiste no encontro de um grupo de famílias com características e modalidades próprias diversas em que estão presentes várias gerações que atuam entre si. Cada participante tem a possibilidade de ver os demais em interação [...]. As famílias se convocam para ajudar a solucionar o problema de uma e de todas, gerando-se um verdadeiro efeito de rede [...]. A presença de outros permite revisar as crenças que cada família sustenta [...] e abre dúvidas acerca dos pressupostos mantidos rigidamente através do tempo [...]. A interação entre pares torna-se facilitadora da mudança. As pessoas se aliviam ao descobrir que outros compartilham seu problema e que transitam por caminhos semelhantes.

Segundo Narvaz (2010, p.5) as famílias sintomáticas são famílias que se encontram paralisadas. Pautado no construcionismo social, aponta a importância das perguntas como forma de intervenção nesses sistemas à medida que abre caminho para novas formas de pensar e sentir emergindo novas condutas. Assim o grupo de multifamiliares descortina um novo horizonte ampliando a percepção e compreensão da própria situação e da situação do outro num clima de solidariedade e partilha.

O grupo funciona como uma equipe autorreflexiva, cujas intervenções do terapeuta facilitam reflexões e descrições alternativas da realidade e do problema vivenciado, em uma perspectiva de despatologização da linguagem e de resgate dos recursos sadios inerentes a qualquer sistema paralisado acreditando nos recursos próprios de cada um (NARVAS, 2010, p.6).

4 DESCRIÇÃO E PERCURSO DO GRUPO DE FAMILIARES DO CAPS AD III SAMAMBAIA.

O Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas- CAPS AD III SAMAMBAIA- inaugurado em abril de 2013, é uma unidade direcionada ao acolhimento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, bem como apoio às suas famílias. É um serviço de porta aberta, com funcionamento de 24 horas, direcionado para a população com idade a partir de 18 anos, moradores de Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas.

Tem como objetivo oferecer cuidado e proteção para usuários e familiares, inclusive em situações de crise e maior gravidade. Tem como foco a melhoria na qualidade de vida dos usuários, estimulando a autonomia individual e contribuindo para reinserção social. Em conjunto com o usuário, é elaborado o Projeto Terapêutico Singular que faz referência à proposta terapêutica que o usuário demanda, incluindo atendimentos, profissionais de referência, oficinas terapêuticas, ações no território e ações intersetoriais. Busca auxiliar o usuário no processo de reconstrução de sua história de vida ampliando assim suas possibilidades e mediano suas relações sociais.

O CAPS é composto por uma equipe multiprofissional que inclui Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistente Sociais, Farmacêutico, Terapeutas Ocupacionais Técnicos de enfermagem, Técnicos Administrativos, equipe de apoio, que atua na lógica interdisciplinar.

Conta ainda com Unidade de Acolhimento direcionada para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. Oferece atenção residual de caráter transitório, sendo parte da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012). Promove acolhimento voluntário e cuidados contínuos em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. O acolhimento e o atendimento são oferecidos em consonância com o Projeto Terapêutico Singular em acompanhamento pela equipe de referência.

O grupo de familiares do CAPS AD III samambaia, colocado em prática em abril de 2013, é um dos dispositivos de atenção psicossocial que oferece cuidado e apoio aos familiares de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.

A proposta original do grupo de familiares partiu do reconhecimento de que a família vivencia dificuldades em lidar com o dependente químico, trazendo-lhe sofrimento, repercutindo em sua saúde mental e afastamento das relações sociais. Como também da compreensão de

que a dependência química, em muitos casos, acaba por fragilizar os laços familiares e sociais do usuário podendo levá-lo a uma situação de risco ou vulnerabilidade social com significativo afastamento do núcleo familiar e das relações de trabalho produzindo sofrimento tanto para o dependente quanto para sua família.

A compreensão da dependência química, inicialmente, pautou-se em 02 modelos: Modelo de doença familiar, no qual a dependência química é considerada como uma doença que não afeta apenas o dependente, afeta o dependente e toda a família. E o modelo sistêmico, no qual a dependência química é entendida como um sintoma da disfunção familiar, cuja tarefa é manter a homeostase do sistema familiar, mesmo que de um sistema disfuncional.

O grupo de familiares vem se constituindo como espaço de acolhimento e escuta qualificada da angústia para as famílias que compartilham a mesma problemática, independente do familiar estar inserido no serviço tendo como objetivo oferecer assistência às famílias de pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Apresenta os seguintes objetivos específicos: acolher o sofrimento familiar; possibilitar a troca de experiência; fortalecer os laços afetivos e vínculos familiares; contribuir na adesão ao tratamento; ampliar a rede de proteção e as estratégias de enfrentamento; oferecer informações e conhecimentos sobre o tratamento, contribuir na reinserção familiar e social.

Desde sua formação caracteriza-se como grupo aberto, possibilitando a entrada e saída de novos membros ao longo de seu processo. Atende familiares e/ou rede de apoio (parentes, amigos e outros) que buscam o serviço independente do familiar, que apresenta problemas decorrente do uso de álcool ou drogas esta inserido no atendimento do CAPS. Não é prevista a participação do paciente identificado (o membro da família que provocou a demanda de tratamento). A partir do acolhimento, ou do atendimento de referência, e em consonância com necessidade identificada, os familiares são orientados a participar do grupo.

O grupo tem capacidade para atender até 16 familiares podendo ocorrer com a participação mínima de duas famílias. Os encontros são realizados às 3ª feiras no horário de 19h30min às 21h. Conduzido, até o momento, por Assistentes Sociais, contando ainda com apoio e participação de outros profissionais conforme demanda.

O encontro é planejado de modo a contemplar três momentos: Abertura do encontro com a apresentação dos profissionais, da proposta de trabalho, e dos familiares contemplando o acolhimento das demandas e necessidades. No segundo momento é abordada uma temática trazida pelo grupo ou proposta pelo coordenador. É um momento aberto ao diálogo, a exposição dos sentimentos, partilha de experiências, reflexão e construção de conhecimento. Por último é feito o fechamento do encontro, na qual os participantes avaliam e fazem

sugestões para o próximo encontro. Considerando que a cada encontro há possibilidade de ter novos participantes é feito a apresentação da proposta do grupo pelos coordenadores. Os familiares que já participam dos encontros são motivados a falar sobre o grupo, podendo dar o seu depoimento. Nos encontros são utilizadas técnicas de dinâmicas de grupo entre outros recursos.

5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Essa pesquisa é um estudo descritivo do grupo de familiares de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para o estudo foi feito um recorte longitudinal compreendendo o período de abril de 2013 a fevereiro de 2014.

O grupo de família parte do pressuposto que os familiares também estão em sofrimento apresentando sintomas de estresse, depressão, ansiedade e adoecimento e que o grupo de familiares pode constituir-se como dispositivo de produção de saúde mental. Busca identificar os sinais de depressão, angústia ansiedade e medo vivenciado pelos familiares, como também conhecer o potencial terapêutico e o alcance do grupo por meio da análise reflexiva entre teoria e prática.

No percurso de abril de 2013 a fevereiro de 2014 os temas mais recorrentes trazidos pelos familiares referem-se: Sentimentos de culpa pela dependência química do familiar com frequente questionamento do seu próprio erro na educação e condução familiar; constante indagação dos motivos que levaram o familiar a usar drogas; preocupação excessiva interferindo nas atividades diárias e na própria saúde; impotência diante da situação; dificuldade em lidar com paciente identificado; conflitos nas relações familiares; prejuízos materiais, afetivos e sociais tanto do paciente quanto familiar. Relato frequente de tristeza, depressão, angústia e ansiedade. Em relação às necessidades e expectativas o grupo manifesta: Interesse em obter mais informações sobre a dependência química incluindo: tratamento, medicação, crise de abstinência e recaída. Aprender a lidar com o problema e a conviver com o dependente químico; vontade de não viver mais em função do dependente químico; desejo de ver o familiar curado são assuntos frequentes.

Tendo como fonte de consulta o registro de presença às reuniões, a frequência no período de abril de 2013 a março de 2014, pode ser visualizada no quadro a seguir, portanto, não foi possível identificar e mensurar com precisão a frequência de cada família, por paciente, nos encontros.

Quadro 1 – Registro de frequência de familiares de usuários do CAPS AD III de Samambaia no grupo de família, período de abril de 2013 a março de 2014.

MÊS	Nº DE ENCONTROS	FREQUENCIA
Abril	04	23
Maio	04	30
Junho	03	16
Julho	02	18
Agosto	04	16
Setembro	02	06
Outubro	03	18
Novembro	04	39
Dezembro	03	21
Janeiro	03	26
Fevereiro	03	30
Março	03	26
Total		269

A manifestação do adoecimento familiar e sua interação com a dependência química é tema recorrente nos encontros de familiares, principalmente no momento de acolhimento do familiar no grupo. Nesse momento o participante pode falar livremente do motivo que o trouxe para o grupo expressando, também, seus sentimentos:

“Meu marido bebe desde 18 anos... só foi piorando!”

“Meu filho está nas drogas.Estou estraçalhada, é muito sofrimento.”

“São anos de angústia e sofrimento”.

As narrativas condizem com o estudo de Maciel et al (2014), o qual verifica que a família vivencia dificuldades em lidar com o depende químico trazendo sofrimento, repercutindo em sua saúde mental. Os sinais e sintomas são identificados na fisionomia, no semelhante entristecido e também no discurso livre dos pacientes:

“Perdi a vontade de tudo, não saio pra nada”.

“Tenho vergonha. Não procuro a família e nem os vizinhos.”

“Eu deixei de curtir a vida”. “Meu filho não queria ver que tinha problemas, negava que usava drogas. Eu adoeci. Tenho depressão.”

“Tenho muitos problemas de saúde. Não tenho tempo de cuidar de mim.”

O sentimento de culpa, responsabilização excisava e busca incessante das causas com questionamento de onde foi que eu errei entram em cena frequentemente. Estão associados a angustia, perdas e lutos, remetendo assim ao que Maruiti (2008) citado por Melo 2014 relacionou como corresponsabilidade pelo processo de adoecimento e pelo tratamento do membro enfermo. Esses sentimentos de culpa acarretam a redução da autoestima e muitas vezes estão relacionadas às pressões, sociais, e a própria história de vida e dinâmica familiar, o que pode ser percebido nos seguintes fragmentos:

“Sinto culpada pela situação, criei os filhos sozinha, trabalhava muito”.

“Acho que deixei a desejar.”

“Eu sempre pergunto pra ele: filho por que você bebe”?

“Tenho culpa por ter rejeitado meu filho, acho que isso prejudicou. Deve ser o motivo dele usar drogas.”

A convivência com a dependência química expõe os familiares em situações de estresse, insegurança e medo, medo inclusive de perder o filho para o tráfico. Ameaça da morte são recorrentes, como também o envolvimento com justiça, além da exposição contínua às alterações de comportamento do usuário, com episódios de agressividade, violência, compondo, entre outros, uma série de fatores de exposição ao estresse.

“Quando ele chega bêbado fico com muito medo de acontecer uma desgraça. O pai é muito ignorante”.

“Tem muita briga em casa, eu fico apartando.”

“Tenho medo da recaída e tudo voltar como era antes.”

“Passei a noite atrás dele. Tenho medo que faça uma besteira ou que aconteça coisa pior.”

“Tem três noites que não durmo, não consigo trabalhar.”

Essa situação é exaustiva para o familiar, além de gerar uma sobrecarga emocional, física e econômica, modificam o funcionamento familiar e agrava a saúde, a vida social, as relações entre familiares, o lazer, a situação econômica, o desempenho profissional, as atividades domésticas e outros aspectos da vida (MELO, 2014).

“Minha vida gira em torno dele.”

“Por causa da bebida ele não trabalha mais, eu do o duro, tenho que por dinheiro em casa”.

“Deixou de trabalhar... Deixou de dirigir”.

“Tudo que tem casa ele bota pra fora, troca por droga”.

O estudo sobre o nível de estresse das esposas portadores da síndrome de dependência do álcool (LIMA; AMAZONAS; MOTTA, 2007) constata elevado índice de estresse identificando fatores de risco: a sobrecarga por assumir todas as responsabilidades na família, falta de apoio em relação à dependência do marido, agressões verbais, tensão e preocupação. Outro tema recorrente no grupo, que constitui fator desencadeador de ansiedade e estresse, refere-se ao acúmulo de responsabilidades no lar:

“Sou sugada pela minha família, tenho que resolver tudo”.

“Eu cuido de tudo. Só eu pra manter a casa.”

“Ele tira tudo de casa, vende para comprar crack.”

“Estou cada vez mais nervosa com esses problemas, sem paciência. Por qualquer coisa o coração dispara.”

No grupo de familiares, espaço vivo e dinâmico da expressão dos sentimentos e emoções, troca de experiência e busca de ajuda, emerge o potencial terapêutico do grupo. Com o acolhimento do sofrimento do grupo inicia-se o processo de identificação. A formação do grupo pauta-se na existência de um problema comum, no qual os pacientes se apoiam mutuamente, a fim de encontrarem novas formas de lidar com situação. Toca de experiência e ajuda mútua oportuniza ao indivíduo reconhecer o outro e exercitar a importante capacidade de reconectar-se, sentir-se apoiado e fazer reparações. “O campo grupal funciona como uma galeria de espelhos, além de oportunizar as ressonâncias entre as comunicações trazidas pelos diferentes membros (NARVAZ, 2008, p.3)”.

“Tem gente que tem problemas piores que os meus. Aqui vejo que pode ter jeito”.

“Eu aprendi muito no grupo. Escuto um, e vou pensando no que posso fazer”.

No grupo, os pacientes experimentam um grande alívio ao descobrirem que não estão sós, que seus problemas são universais e que podem compartilhá-los. Há, também, uma ênfase na esperança e na ajuda, o que eleva a autoestima por meio do sentimento de ser útil altruísta e solidário (NARVAZ, 2008. Pg.3).

“Antes do grupo eu ficava isolada, tinha vergonha, achava que só eu passava por isso. Agora sei que não estou sozinha”.

A importância da intervenção junto aos dependentes químicos vem sendo reconhecida por alguns estudos e pesquisas havendo um consenso de que os estudos nessa área são recentes e ainda escassos (MACIEL et al, 2014). Pesquisa realizada por Maluf (2002) evidenciou diminuição da sintomatologia depressiva após intervenção em grupo.

O grupo de familiares à medida que atende às necessidades dos participantes de obter maior conhecimento sobre a dependência química revela também seu potencial psico-educativo que reflete positivamente na saúde mental, melhora da comunicação e das relações no contexto familiar, além de contribuir no processo de inserção ao tratamento, conforme apontado por Afonso (2003, p. 40):

O grupo psico-educativo esta voltado para trabalhar aspectos de uma situação saúde/doença considerando os fatores sociais, culturais, e psíquicos; promovendo a reflexão, a mudança de mentalidade e reorganização do cotidiano, dando ênfase aos aspectos sócios culturais ou psíquicos que interferem na condição de saúde com também pode promover o esclarecimento de dúvidas, questionamento de mitos, e crenças, informações e conhecimentos.

Fragmentos de relatos remetem aos efeitos positivos da informação e conhecimento:

“Eu não tinha conhecimento, julgava que ele era irresponsável. Estou aprendendo a conversar com ele”.

“Parei de recriminar, sei o que é recaída. Aprendi no CAPS”.

“Agora eu sei que parar de usar drogas depende dele, não adianta eu ficar vigiando.”

É importante no momento de orientação e educação romper com o modelo linear de transmissão de conhecimento e buscar manter a conversação em torno da compreensão que os familiares têm de seus próprios dilemas, legitimando o conhecimento que cada um tem de sua experiência vivida, conforme contribuição da abordagem colaborativa mencionada por Grandesso (2009). Na construção de conhecimento e promoção de mudança considera-se “o processo de conversação que se instala como uma via de duas mãos resulta em uma exploração conjunta e em co-desenvolvimento de novas possibilidades”. (GRANDESSO 2009, p. 112).

Lourenço e Cardim (2010) mencionam que os familiares constituem uma excelente fonte de ajuda no tratamento da dependência. A família vista como um sistema que necessita de orientação e informação para que o resultado do trabalho seja mais eficiente e eficaz. Assim, a intervenção no grupo tem contribuído para a inserção no tratamento:

“Quando comecei no grupo ele não vinha. Estava desesperada. Aos pouco fui aprendendo com grupo. Hoje ele veio comigo, tá participando do outro grupo”.

“Depois que eu entendi e aceitei que ele era doente fui buscar ajuda. Ele tá no tratamento. Eu estou cuidando de mim”.

À medida que, no grupo de familiares, o foco da saúde mental esta voltado para a família e não para o paciente identificado, cria a oportunidade aos membros do grupo de

refletir sobre sua própria condição de saúde. O reconhecimento do adoecimento move o grupo em busca de mudanças e de melhor qualidade de vida e de cuidado com a saúde:

“Vi que tinha que cuidar de mim, eu também estava doente.”

“Voltei a fazer meus tratamentos, antes eu só cuidava dele.”

“De que adianta se eu não tiver saúde?”

“Por causa do problema de alcoolismo na família, eu sai de casa. Fui buscar ajuda para lidar com a situação. Hoje esta melhor.”

No decorrer do trabalho observa-se a ajuda mutua na tentativa de resolução de problemas, a crescente troca de experiências e de informação sobre grupos de apoio, rede de serviços, orientações jurídicas entre outras ampliando a rede de apoio. Sobre esse aspecto Narvaz (2010, p.3) cita Ravazzola (1997): “As famílias se convocam para solucionar o problema de uma e de todas, gerando um verdadeiro efeito de rede”.

As características formais do grupo podem influenciar no processo grupal, nas suas relações e conseqüentemente no seu potencial terapêutico. O grupo em estudo, enquanto grupo aberto pode facilitar o acolhimento familiar no momento em que a família ou paciente identificado busca o serviço, desenvolvendo a capacidade de acolhimento do próprio grupo e o processo de ajuda mútua. Por outro lado, observa-se que a rotatividade, em alguns momentos, interfere nos vínculos já estabelecidos além de retomar processos e dinâmicas vivenciadas anteriormente introduzindo novas demandas ou necessidades diferentes a do grupo naquele momento. Esse aspecto remete a ponderação de Afonso (2003) uma rotatividade alta prejudica a formação de vínculos entre os participantes, aponta também que os grupos que tratam de questões emocionalmente mobilizadoras tem mais dificuldade em lidar com a rotatividade dos participantes.

O grupo em estudo não apresenta uma delimitação de encontros ao longo do tempo. Esse aspecto, associado ao anteriormente discutido, facilita a inserção da família no serviço, o acolhimento e escuta qualificada no momento da dor e sofrimento. Por lado, observa-se que o processo grupal e o desfecho do grupo ficam fragilizados, tendo momentos de esvaziamento. Esses aspectos remetem ao estudo de Coelho (2010) referente ao momento final do processo grupal no qual ocorre a sistematização do trabalho realizado tanto em relação ao crescimento, desenvolvimento e aprendizagem Avalia-se também o impacto das mudanças conseguidas em relação ao contexto do grupo e as perspectivas que poderão se abrir.

O modelo sistêmico coloca o foco da atenção na família como um todo, como uma unidade de cuidado considerando que a experiência de cada membro da família afeta o

sistema familiar. Nesse sentido a intervenção em grupo de familiares pode produzir efeitos positivos na família abrindo caminho para mudança.

É preciso compreender o uso de substância na manutenção do equilíbrio entre o seu uso e o funcionamento familiar. O paciente identificado é visto como “portador da disfunção familiar, como parte do funcionamento familiar que colabora para a homeostase” (ORTHE; MORE; 2005). O dependente químico ao buscar o tratamento provoca uma mudança na organização do sistema, desestabilizando a homeostase que vinha sendo mantida. Pode ocorrer, mesmo que inconsciente, um movimento da família de mantê-lo no lugar de “dependente químico”, a fim de assegurar a homeostase. Segundo Figlie (2007) citado por Cardim e Lourenço, o dependente químico exerce uma importante função na família, que se organiza para manter a homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso a dependência química faça parte de seu funcionamento e muitas vezes a sobriedade pode afetar a homeostase.

A partir do estudo e da reflexão prática infere-se sobre a importância do referencial teórica e da abordagem terapêutica. Nesse sentido Interpõe-se a seguintes indagações: A intervenção em grupo seria suficiente para clarificar o funcionamento familiar e promover mudanças de padrões e interações familiares? Que outras formas de intervenção familiar poderiam ser inseridas na atenção psicossocial a fim de colaborar no processo no processo de mudança?

6 CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

O referencial teórico e o estudo bibliográfico sobre grupo de familiares possibilitou uma reflexão crítica e aprofundamento a cerca do potencial terapêutico do grupo, confirmando a importância e relevância do grupo de familiares no CAPS AD.

O estudo descritivo sobre o grupo de familiares do CAPS AD III aponta que os familiares de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool apresentam sintomas de depressão, ansiedades, estresses, se sentem desamparados, culpados e com reduzida autoestima. A dependência de substância psicoativa acarreta prejuízos e sofrimentos tanto para o dependente quanto para sua família, interferindo assim na sua saúde física e mental e na dinâmica familiar. Nesse sentido é imprescindível o acompanhamento aos familiares, acolhendo suas necessidades e demandas, uma vez que os familiares também precisam de cuidado.

O grupo de familiares tem revelado seu potencial terapêutico à medida que acolhe o sofrimento favorecendo a exposição da situação problema, a expressão dos sentimentos e emoções num ambiente seguro e protetivo. A identificação grupal, a união em torno de um mesmo problema e um objetivo conjunto tem oportunizado melhoria na qualidade de saúde mental dos familiares.

O grupo contribui para o fortalecimento de vínculos e ampliação da rede de apoio por favorecer a troca de experiência, a ajuda mútua, a construção de estratégias de enfrentamento e a busca de solução.

Observa-se também que no referido grupo não há uma fronteira rígida entre o caráter educativo e clínico o que interpõe o constante desafio em conciliar as duas dimensões. A relação estabelecida entre os profissionais e familiares deve promover a mediação do conhecimento possibilitando que os conceitos e conhecimentos sejam discutidos e abordados a partir da experiência de cada um que deve ser valorizada e recriada no espaço grupal, desenvolvendo competências e habilidades para lidar com as diversas situações apresentadas.

O grupo de familiares é um dos dispositivos de atenção psicossocial que contribui na produção de saúde mental dos familiares de dependentes químicos. A partir do estudo e da reflexão prática infere-se sobre a importância do referencial teórico e da abordagem terapêutica como eixo norteador do trabalho com grupo de familiares, para melhor condução do grupo e avaliação dos resultados. Aponta-se também a necessidade de inserir, na atenção psicossocial, outras formas de intervenção familiar que possam colaborar na produção de saúde mental, e que possam promover mudanças de padrões e interações familiares.

O dispositivo de grupo de familiares paulatinamente vem sendo reconhecido nas políticas e programas de saúde mental, como também despontam estudos que confirmam sua relevância. Contudo é preciso maior incentivo e fomento nos estudos e pesquisas a cerca da intervenção familiar a fim de subsidiar os programas e contribuir nas ações práticas realizadas na atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, L, et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área de saúde**. Belo Horizonte: Ed. Campo Social, 2003.
- BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis2001/110216.htm>. Acesso em: 20 ago. 2014
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros de atenção psicossocial. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 de fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 07: jul. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas**. M.S 1ª edição 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 15 out. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html. Acesso em 15: out. 2014.
- CARDIM, E.G.; LOURENÇO. J. S. **Intervenções Familiares no tratamento da dependência química**. Disponível em: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/ensino/Interv_Familiares_Tratamento_Dependencia_Quimica.pdf. Acesso em: 10 set. 2014.
- CAVALHERI, S. C.. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. São Paulo vol.63, n.1, p. 51-57, jan./ fev. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100009>. Acesso em: 07 out. 2014.
- AUN, J.G.; VASCONCELLOS, M. J.; COELHO, S. V.. **Articulando a dinâmica de grupo no processo de atendimento sistêmico de familiares e redes sociais**. In: _____. Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais v..III. 3ª ed. Belo Horizonte: Oficina de arte e prosa, 2010.
- DALGALARRONDO, P.. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DEMO, P.. **Metodologia do conhecimento científico**. Porto alegre: Atlas, 2000.
- DSM IV. **Manual diagnóstico dos transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

- OSÓRIO, L.C.; et al. **Manual de terapia familiar**. In: GRANDESSO, M. A.. **Desenvolvimento em terapia familiar: das teorias às práticas e das práticas às teorias**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GONÇALVES, H.A.. **Manual da metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Avercamp, 2005.
- LIMA, R. A.S.; AMAZONAS, M. C. L.A.; MOTTA, J. A. G. Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. **Estudos de Psicologia**. Campinas v 24. n4. p. 431-439 out - dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a03.pdf>. Acesso em: 10 dez.2014.
- MACIEL, S.C.; MELO, J.R.F; DIAS, C. C.V.; SILVA, G.L.S.; GOUVEIA, Y. B. Sintomas depressivos na família de dependentes químicos. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.16,n 2, p.19-28, maio-ago. 2014. Disponível em <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/6229/5013>. Acesso em: 10 dez. 2104
- MALUF, T. P. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. 2002. 68f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Pós- Graduação da Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_thais.pdf. Acesso em: 12 dez.2014.
- MINUCHIN, S.; FISHMAN CHARLES. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1990.
- MIELKE, F, B, et al. A inclusão da Família na Atenção Psicossocial: Uma reflexão. **Revista eletrônica enfermagem**. Disponível em: <file:///C:/Users/ANDREIA/Downloads/6812-51350-1-PB.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2014.
- MORAES, L. M. P. **Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: Grupo como estratégia do cuidar**. 2008. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós – Graduação em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/210/browse?type=title&sortby=2&order=ASC&rpp=40&etal=20&submit_browse=Update. Acesso em: 10 nov. 2014
- NARVAZ, M. G. Grupos de multifamiliares: história e conceitos. **Revista contextos clínicos**, São Leopoldov.3,n. 1 p.1-9, janeiro/ junho 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822010000100001&script=sci_arttext. Acesso em: 07 ago. 2014.
- ORTH, A. P. S.; MORE, C.O.L. Funcionamento das famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de Psicologia**. 2008 out./dez., p. 293-303. Disponível em: www.2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2525&dd99=pdf ace. Acesso em: 12 out. 2014.
- _____. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. 2005. 159f. Dissertação (Mestrado em psicologia) Programa de Pós- Graduação em Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101876/225075.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 out.2014.

- PRATA, M. M.M. SANTOS, M.. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de psicologia**: v. 11 p. 315-322. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/09.pdf>. Acesso 20 dez.2014.
- ROSA, L.C.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos de saúde mental. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 11, n 18,p.205-208,dez. 2005. Disponível em:http://www.pucmg.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161333.pdf. Acesso em: 05 jan. 2015.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S.. A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. **Ciências e saúde coletiva**, v.8, p. 299-306, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n1/a22v08n1.pdf>. Acesso em 05 out. 2014. Acesso em: 08 dez. 2014.
- SEADI, S.S. M.; OLIVEIRA, M.. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Revista de Psicologia Clínica**.Rio de Janeiro. PUC, vol.21 n.2. 2009.Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652009000200008>. Acesso em: 28 dez. 2014.
- SEADI, S.M. S.. **A terapia multifamiliar e a dependência química**. Dissertação (Mestrado em psicologia Clínica) Programa de Pós Graduação e, Psicologia, Pontifícia da Universidade Católica do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre Maço de 2007. Disponível em:<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4766/1/000391021-Texto%2BCompleto-0.pdf>. Acesso em :28 dez. 2014.
- CARLINI, E. A.; et al.. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: 2005. CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em:<http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em: 10 ago. 2014
- SILVA, B.L.C.; ARAÚJO, A.P.; CARVALHO, R.N.; MARAES, M.N.; QUEIROZ, D. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas.**Revista brasileira de pesquisa e saúde**, Vitória 14(4). p.61-68. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/5120/3846>. Acesso em: 17 jun.. 2014
- OSÓRIO, L.C.; et al. **Manual de terapia familiar**. In:SUDBRACK, M^a Fátima Oliveira; et all.**Famílias, adolescência e drogadição**.Porto Alegre: Artmed, 2009.
- VASCONCELLOS, M.J.E.; AUM, J.G.; COELHO, S.V..Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais. In: _____.**Pensamento sistêmico: Uma nova visão nas áreas da saúde, das empresas, da ecologia, das políticas sociais, do direito, das relações interrelacionais**.Belo Horizonte: oficina de arte e prosa, 3^a ed. V. I, 2012.
- _____. Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais. In: VASCONCELLOS, M.J.E..**Pensando sistemicamente nossas relações, a partir do novo paradigma da ciência**. Belo Horizonte: oficina de arte e prosa, 3^a ed.V.I, 2012.