

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ANA PAULA ROCHA

AS PROBLEMÁTICAS ENFRENTADAS PELAS FAMÍLIAS CO-DEPENDENTES NO
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ÂMBITO DO PROGRAMA
AMOR-EXIGENTE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA- PR.

PONTA GROSSA
2011

ANA PAULA ROCHA

AS PROBLEMÁTICAS ENFRENTADAS PELAS FAMÍLIAS CO-DEPENDENTE NO
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ÂMBITO DO PROGRAMA
AMOR-EXIGENTE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA- PR.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social de Ciências Sociais
Aplicadas, da Universidade Estadual de Ponta Grossa,
como requisito para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Roseni Inês Marconato Pinto

PONTA GROSSA
2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
 SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
 DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
 COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO- TCC

ATA DE AVALIAÇÃO DE TCC

Aos ___ dias do mês de _____ de dois mil e onze, nas dependências do Campus Central da Universidade Estadual de Ponta grossa, reuniu-se a Banca examinadora composta respectivamente pelas professoras, Roseni Inês Marconato Pinto (Presidente – Orientadora), Gisele Alves de Sá Quimelli (Membro) e pela Assistente Social Viviane Matoski Orlowski (Membro), para análise do Trabalho de Conclusão de Curso, sob o título: “As problemáticas enfrentadas pelas famílias co-dependente no tratamento da dependência química no âmbito do Programa Amor-Exigente no Município de Ponta Grossa- Pr.”, elaborado por Ana Paula Rocha, concluinte do curso de Serviço Social.

Aberta a sessão, a autora teve vinte minutos para a apresentação do seu trabalho, sendo posteriormente argüida pelos integrantes da Banca. Após os procedimentos da avaliação chegou aos seguintes resultados:

Roseni Inês Marconato Pinto (Presidente)	Nota: _____
Gisele Alves de Sá Quimelli (Membro)	Nota: _____
Viviane Matoski Orlowski (Membro)	Nota: _____

O trabalho foi considerado _____, com nota final _____. Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a presente sessão, da qual lavrou-se a presente ata que vai assinada por todos os membros da banca examinadora.

Ponta Grossa, _____ de _____ de 2011.

Presidente

Membro

Membro

Observação: _____

Dedico esse trabalho aos meus amados pais, Sueli Aparecida Rocha e João Valdenir da Silva Rocha, por todo o apoio fornecido, sem vocês eu não conseguiria concluir essa etapa em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, pois sem ele este sonho não seria possível, obrigado “paizinho”, por me dar forças nos momentos que eu achava que não ia conseguir, pelos momentos de inspiração, porque eu sei que em nenhum momento me abandonaste nesta jornada, eu te amo incondicionalmente.

Aos meus pais amados, Sueli e João por toda força e incentivo, sempre acreditando no meu potencial, em especial a minha mãe, desculpe-me as outras, mas a minha é a melhor do mundo, obrigada por tudo meu amor maior, sem você não valeria o esforço.

A família Batista, o “pessoinhas” importantes, dividiram comigo minha felicidade ao passar no vestibular e em todos os outros momentos, minha segunda família, principalmente meus pastores: Pr. Itamar e Pr^a. Elisabete, vocês são essenciais na minha vida, amo vocês.

Ao Pr. Marcelo e Miss Rose (minha florzinha Oh saudade), pessoas mais que importantes neste sonho, vocês dois foram o que mais torceram e vibraram com esta conquista,

E desta família tem três pequenas que são simplesmente necessárias e insubstituíveis, Lanis, Indy e Jéh, obrigada por tudo minha amigas, por toda a força e apoio que em deram nos momentos mais difíceis, sempre acreditando que eu ia conseguir vocês são de mais, amo muito vocês, amizade que nasceu no coração de Deus. E todos do JACPG, “amigos mais chegados que irmãos”.

E as minhas parceiras de CRIME, companheiras destes árduos, mas memoráveis quatro anos, Angel, Stéh, Hellen e Marllinha, vocês foram os motivos de eu levantar cedo todas as manhãs, se valeu a pena foi por vocês, ~~RR~~ ~~THE~~ ~~Y~~ ~~FORE~~ ~~VER~~! Obrigada por tudo suas lindas, por todos os abraços, por todos os passeios, por todos os quilos que eu engordei na faculdade, porque se é pra engordar vamos engordar juntas, por todo apoio, por todas as broncas, por todos os risos e surtos e quantos surtos, minhas terapiazinhas... Vocês são ESSENCIAIS!!! Foi Deus que me deu de presente vocês... Amo Todas.

Ao meu querido amigo Guto, que sempre está presente, não só em relação à faculdade, mas em tudo e coloca tudo nisso, meu amigo querido, sei que posso contar sempre, não sei expressar a importância que tem na minha vida, só sei dizer que te amo, não sei como você me agüenta, seu lindo.

A Thais e a Carlita chefe e parceira de CRAS respectivamente, vocês são muito importantes nesta formação, aprendi muito com vocês, são dignas de admiração, ai que saudades do nosso CRAS ótimo, onde só trabalhavam pessoas ótimas, amo vocês.

A equipe PPE, foi muito bom ter compartilhado momentos com vocês, pois aqui trabalhamos e muito, mas também nos divertimos, foram 2 anos de aprendizado, e todos colaboraram para este crescimento. Sentirei saudades, espero não esquecer de ninguém:, Angel, Marllinha, Reh, Déh, Su, Hyara, Josy, Elãine.

E não tem como não agradecer de maneira especial a Cami, minha querida você é aquela pessoa que Deus me presenteou, pois perto de você me sinto perto dele, como sentirei saudades das nossas conversas, obrigado pelas palavras que sempre me renovavam, pela ajuda nas transcrições, te quero sempre por perto, Amo você.

Aos meus subschefes Lucas quantas discussões sobre o capitalismo (RS) dou muita risada contigo, e Vivi minha querida, foi muito bom te conhecer, obrigada por toda atenção, que teve com minhas neuras durante o desenvolvimento deste trabalho, te amo muito. Carolis e Thalitinha que saudades das subchefas 2010, vocês são muito importantes para mim, obrigadas por toda ajuda em todos os sentidos, pelos risos, foi bom de mais ter conhecido vocês, amizade para toda a vida, e não poderia deixar de mencionar minha querida "RO", obrigada por existir, com você a tristeza pula de alegria, te amo, sentirei saudades PPE.

Agradeço a minha turma, passei mais tempo com vocês do que com minha família, em especial minhas gatas do fundão que sentirei tantas saudades: Ale e os seus Pchii! (rs) corinthiana e sofredora que nem eu, te amo, ReH, a gente discute bate de frente mas né, se sabe a importância que tem na minha vida pra sempre em meu coração, Daii, DéH.B suas lindinhas gosto porque gosto enfim, sentirei muitas saudades, sucesso a todas.

A Professora Gisele por toda a força e ajuda que me proporcionou nesta caminhada, me ajudando com materiais, obrigada pela disponibilidade e paciência comigo (pq incomodei néh? RS).

A minha orientadora Professora Roseni, que me conduziu gentilmente durante esses meses com muita paciência, profissionalismo e humanismo, obrigado por acreditar no meu potencial.

A todas as professoras do Departamento de Serviço Social, que foram fundamentais para que eu chegasse até aqui, e também a Tere, funcionária do Departamento de Serviço Social, pela paciência e disposição em atender às acadêmicas.

Obrigado a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram nessa caminhada, durante os 4 anos, torcendo por mim.

“A escolha é sua, as respostas estão dentro de você, tudo o que tem a fazer é analisar, ouvir e acreditar. O pessimista queixa-se dos ventos, o otimista espera que eles mudem e o realista ajusta as velas”.

(Autor Desconhecido)

RESUMO

Esta pesquisa é de caráter Qualitativo – tem como objeto de estudo compreender “As problemáticas enfrentadas pelas famílias Co-dependentes no tratamento da dependência química no âmbito do Programa Amor-Exigente no município de Ponta Grossa/Pr.” Objetiva fornecer subsídios e embasamentos teóricos sobre a questão da dependência química e seu efeito dentro do âmbito familiar. Seu objetivo permitiu caracterizar o Programa Amor-Exigente, entendendo sua importância para as famílias de dependente químico que participam das reuniões, buscando a importância do tratamento do familiar do adicto, e as dificuldades enfrentadas pelos mesmos durante o processo de tratamento. Tais objetivos têm o intuito de ampliar os conhecimentos de profissionais de Serviço Social que atuam na área de dependência química e família. A metodologia utilizada no transcorrer de nosso trabalho baseou-se no levantamento bibliográfico. Já, para a realização da análise, também fizemos uso da entrevista semi-estruturada. Juntamente com este, utilizamos instrumentais metodológicos como: coleta e análise de dados efetuada a partir do estudo documental e entrevista, visando realizar uma análise consistente.

Palavras Chaves: Dependência Química, Família, Co-dependência, Programa Amor-Exigente

LISTA DE QUADROS

<u>01</u> – TABACO EM NÚMEROS	<u>236</u>
02 – UNIDADES DE ÁLCOOL EM CADA DOSE DE BEBIDA	<u>21</u>
03 – EFEITOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL DE ACORDO COM A INGESTÃO	<u>22</u>
04 - MODALIDADES TERAPÊUTICAS: ABORDAGEM FAMILIAR	56

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	21
CAPÍTULO 1- DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	23
1 - DROGAS.....	23
1.1 DROGAS ESTIMULANTES	24
1.1.1 CAFEÍNA.....	24
1.1.2 TABACO.....	26
1.1.3 COCAINA	29
1.1.4 ANFETAMINAS	30
1.2 DROGAS DEPRESSORAS.....	31
1.2.1 ÁLCOOL.....	31
1.2.2 SOLVENTES OU INALANTES.....	33
1.2.3 TRANQUILIZANTES OU ANSIOLÍTICOS	34
1.2.4 ÓPIO, MORFINA E HEROÍNA	35
1.3 DROGAS PERTURBADORAS.....	36
1.3.1 MACONHA	36
1.3.2 - PLANTAS ALUCINÓGENAS E COGUMELOS.....	38
1.3.3 ÁCIDO LSD – 25.....	39
1.3.4 ÊXTASE	39
1.4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	40
CAPÍTULO 2 - FAMÍLIA, CO-DEPENDÊNCIA E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	43
2. A FAMÍLIA NA CONTEMPORÂNEIDADE.....	43
2.1. FAMÍLIA DO DEPENDENTE QUÍMICO: CO-DEPENDÊNCIA.....	54
2.2 ABORDAGEM FAMILIAR: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	63
CAPÍTULO 3 - CONHECENDO O GRUPO DE AUTO E MÚTUA AJUDA AMOR EXIGENTE DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	67
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	67
3.2 UNIVERSO DA PESQUISA: CONHECENDO O GRUPO AMOR-EXIGENTE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.....	70
3.3 ANÁLISE	73
3.3.1 OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS FAMÍLIAS QUE SE ENCONTRAM ENVOLVIDOS COM A DEPENDÊNCIA QUÍMICA POR UM DE SEUS MEMBROS.	74
3.3.2 A CO-DEPENDÊNCIA QUE ESSES FAMILIARES COMEÇAM A EXERCER EM FUNÇÃO DO USO DA DROGA NO ÂMBITO FAMILIAR.	79

3.3.3 A FALTA DE INFORMAÇÃO A RESPEITO DA DOENÇA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	83
3.3.4 A IMPORTÂNCIA DO GRUPO DE APOIO AMOR-EXIGENTE, PARA COMPREENDER A DEPENDÊNCIA COMO DOENÇA E PARA AS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO DOS FAMILIARES COM O ADICTO, NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.	86
3.3.5 O TRATAMENTO DESSAS FAMÍLIAS, APÓS A ACEITAÇÃO DO PROBLEMA E A IMPORTÂNCIA DA TOMADA DE ATITUDE POR PARTE DOS FAMILIARES, A FIM DE REVERTER O QUADRO DE CO-DEPENDÊNCIA.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÊNDICE- ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS	103
ANEXOS A- CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL	105
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO	107

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente pesquisa foi elaborada, com o objetivo de compreender as problemáticas enfrentadas pelos familiares co-dependentes durante o processo de tratamento da dependência química no âmbito do Programa Amor-Exigente no município de Ponta Grossa/Pr.

O interesse em realizar este trabalho surgiu do estágio curricular desenvolvido junto ao Projeto de Extensão da área de Serviço Social no Programa Pró-Egresso de Ponta Grossa/Pr.

O referido Programa nos proporciona um contato direto com diversas expressões da questão social, entre elas, a que mais nos chamou a atenção foi à questão da dependência química.

Conseguimos perceber o impacto que a adicção causa no âmbito familiar, e a importância que a família tem no processo de tratamento, pois ela é uma peça fundamental para a recuperação do adicto. Para tanto, precisa saber como se comportar diante das situações adversas para não comprometer a recuperação do dependente. Todavia, no Programa Pró- Egresso nós não tínhamos um contato direto com a família dos dependentes químicos e muitas vezes, nós não sabíamos como agir com o familiar do adicto. Então, no segundo semestre de 2010, as assistentes sociais passaram a manter contato com o grupo Amor-Exigente, a fim de verificar sua dinâmica de funcionamento para que pudessemos encaminhar familiares para este recurso comunitário.

Por este motivo optamos em realizar tal pesquisa no âmbito do Amor-Exigente do município de Ponta Grossa- Pr., o qual trabalha numa perspectiva de grupo de auto e mútua ajuda, que desenvolve preceitos para a organização da família, sensibiliza as pessoas, levando-as a perceberem a necessidade de mudar o rumo de suas vidas, a partir de si mesmas. Atua como apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos.

Através desta pesquisa podemos compreender esses impactos na instituição familiar, os comportamentos co-dependentes dos familiares e as dificuldades

enfrentadas pelos mesmos durante o processo de tratamento do dependente químico.

Os objetivos específicos são:

- Identificar os tipos de drogas e seus efeitos;
- Sistematizar teoricamente a concepção de dependência química, família, Co-dependência e a abordagem familiar e sua importância para o tratamento da dependência química;
- Contextualizar o Amor-Exigente.

Para cumprir com os objetivos propostos organizamos o trabalho em três capítulos, os quais serão trabalhados da seguinte forma:

No primeiro capítulo abordamos drogas e dependência química, buscando elencar alguns tipos de drogas psicotrópicas de acordo com o seu efeito no Sistema Nervoso Central, isto é, em três categorias, estimulantes que aceleram a função cerebral, depressoras que reduzem a velocidade da função cerebral e as perturbadoras que alteram o funcionamento cerebral, elencando os efeitos físicos e psicológicos ocasionados pelo seu uso, e também faremos uma breve explanação sobre dependência química.

No segundo capítulo abordamos algumas concepções de família num entendimento contemporâneo e as mudanças na forma organizacional da família ao longo da história, para entendemos a importância dos laços afetivos na construção da identidade do indivíduo e a importância da família na questão de dependência química. Também levantamos algumas questões referentes à co-dependência com a importância da abordagem familiar no processo de tratamento da dependência química e o impacto causado por esta dependência no âmbito familiar.

No terceiro capítulo apresentamos os procedimentos metodológicos utilizados durante a pesquisa, a caracterização do universo de pesquisa que é o Programa Amor-Exigente do município de Ponta Grossa- PR, bem como as análises das entrevistas realizadas, organizadas em categorias.

Salientamos que tal análise foi embasada em todo o conhecimento teórico adquirido através da revisão de literatura, a qual nos possibilitou realizarmos diversas aproximações com nosso objeto de estudo no decorrer de todo processo de construção deste trabalho.

CAPÍTULO 1

DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

As drogas tem sido um dos grandes problemas na atualidade atingindo todas as classes sociais e causando grandes impactos no âmbito familiar. Logo, para uma melhor compreensão desta problemática iniciaremos a explanação neste capítulo discorrendo um pouco sobre drogas e os efeitos causados pelas mesmas e também abordaremos a questão da dependência química.

1 - DROGAS

Esta temática tem levantado muitas discussões na atualidade tanto em âmbito nacional quanto internacional, as drogas se tornaram onipresentes, passaram a ser um problema de toda a sociedade.

As drogas podem ser divididas em dois viés em relação à questão legal de seu uso, existem as drogas ilícitas, ou seja, ilegais para a comercialização e consumo, e as drogas lícitas, que são legalizadas para a comercialização e consumo, são analisadas sob o ponto de vista ao dano de saúde mental e física, da repercussão social e familiar e dos aspectos legais.

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas- CEBRID (2003, p. 7), droga é “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento”.

Desta forma, abordaremos de maneira sucinta, os efeitos causados aos dependentes pelo uso dos diferentes tipos de drogas existentes, conforme o SENAD (Secretária Nacional Antidrogas):

Cada tipo de droga, com suas características químicas, tende a produzir efeitos diferentes no organismo. A forma como a substância é utilizada, assim como a quantidade consumida e o seu grau de pureza também terão influência no efeito. (BRASIL, 2001, p. 11)

Abordaremos, sobre as drogas psicotrópicas: que são definidas como “substâncias que têm atração por atuar no nosso cérebro (ou sistema nervoso central), modificando a nossa maneira de sentir, pensar e, muitas vezes, de agir”. (MARLATT, 2004, p. 59)

Podemos numa visão genérica classificar as drogas psicotrópicas conforme sua atuação no Sistema Nervoso Central (SNC), assim sendo são classificadas em três categorias: “Estimulantes (que aceleram a função cerebral); depressoras (que reduzem a velocidade da função cerebral); modificadoras ou perturbadoras (que alteram o funcionamento cerebral)”. (FRACASSO, 2001, p. 47)

Na seqüência, serão apresentadas as principais drogas psicotrópicas, de acordo com a classificação mencionada aqui, elencando seus efeitos físicos e psicológicos, causados no dependente.

1.1 DROGAS ESTIMULANTES

Conforme sugere o termo, são substâncias que aceleram (estimulam) a atividade do Sistema Nervoso Central (cérebro), que passa a funcionar de modo acelerado. Os estimulantes tendem a diminuir o sono e o apetite, dependendo da quantidade e tipo de estimulante usado, pode provocar um estado de alerta e até uma sensação de poder e bem estar, como destaca Marlatt:

Os estimulantes mais usados no mundo são a cafeína (presente no café, nos refrigerantes tipo cola, e em vários tipos de chá) e a nicotina (presente no tabaco). As anfetaminas, a cocaína, o *crack* também pertencem a esse grupo. (grifos do autor) (MARLATT, 2004, p. 60)

A seguir explanaremos sobre estes tipos de drogas e seus padrões de uso.

1.1.1 CAFEÍNA

A cafeína é o estimulante mais utilizado, é a droga mais popular do mundo. A título de curiosidade o estimulante ativo da cafeína é extraído de grãos de café, foi

descoberto por “cientistas alemães e franceses no início da década de 1820. [...] como bebida quente, o café foi consumido pela primeira vez em território árabe, por volta de 1000 d.C.” (FIGLIE, 2004, p.147)

Com o uso freqüente pode haver o desenvolvimento de dependência, porém não ocasiona disfunções importantes, por isso o uso abusivo desta substância não é considerado um problema de saúde pública.

Sobre os efeitos causados pelo uso da cafeína é importante ressaltar que:

A ingestão de cerca de 200mg de cafeína (duas xícaras) ativa o Córtex Cerebral e como consequência, a sonolência e a fadiga decrescem. Na ausência de tolerância essa mesma quantidade aumenta o tempo necessário para o adormecimento e prejudica o sono. Altas doses (mais de 500mg) são necessárias para afetar o centro autônomo do cérebro, e neste ponto, pode haver aumento dos batimentos cardíacos e do ritmo respiratório. (FIGLIE, 2004, p. 147-148)

A cafeína também diminui a sensação de tédio, portanto pessoas que realizam atividades repetitivas costumam consumi-la, certamente é por esse motivo que o café é uma bebida tão popular.

Figlie (2004, p.148) salienta que a atividade desempenhada por essa substância no sistema nervoso central “poderia ser chamada bifásica: em pequenas doses, produz efeitos positivos, aumentado o estado de alerta, combatendo a fadiga e melhorando o humor. Em altas doses, pode causar inquietude e ansiedade”.

Em decorrência do uso crônico, pode causar tanto problemas físicos quanto psicológicos, os efeitos incluem taquicardia, hipertensão, arritmias cardíacas, distúrbios gastrintestinais e outro ponto de preocupação é o potencial de aumentar a perda óssea.

Portanto como discorre Figlie (2004, p. 148) a cafeína “provoca dependência limitada, muito menor que aquela provocada por outros estimulantes e que, provavelmente, não interfere nas rotinas diárias do indivíduo”.

Assim sendo, não existem evidências que comprovem que o consumo moderado de café cause problemas, entretanto pessoas que se encontrem em determinadas situações de risco, portadores de doenças cardiovasculares, cisto de mama, portadores de alguma desordem psiquiátrica, como ansiedade severa, episódios de pânico e esquizofrenia, devem tomar alguns cuidados com o consumo da mesma.

1.1.2 TABACO

Conforme Ribeiro (2008, p. 38): “o tabaco é uma planta da qual é extraída a nicotina e produzido o cigarro e, quando tragada, pode causar elevação do humor e falta de apetite”. Tem como seu princípio ativo a nicotina, que é denominada como sendo “uma droga leve, mas capaz de criar dependência química difícil de ser vencida” (FERREIRA, 2004, p.112)

Esta substância estimulante é encontrada nas folhas da planta *Nicotina Tabacum*, a partir dessas folhas prepara-se o tabaco, fumado normalmente através de cigarros de palha, cigarros comuns, cachimbos ou charutos.

Os principais efeitos da nicotina no sistema nervoso central consistem em elevação leve no humor (estimulação) e diminuição do apetite. Em suma, a nicotina é uma droga que produz efeitos psicológicos potentes e quase imediatos, reforçando o seu uso. Segundo o CEBRID:

Alguns fumantes, quando suspendem repentinamente o consumo de cigarros, podem sentir fissura (desejo incontrolável de fumar), irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça. Esses sintomas caracterizam a síndrome de abstinência, desaparecendo dentro de uma ou duas semanas. (CEBRID, 2003 apud RIBEIRO, 2008, p. 38)

Conforme Kosovski (1998, p. 97) “o uso de produtos do fumo é a principal causa inevitável da morte em nossa sociedade”. Os fumantes apresentam maior probabilidade de contraírem doenças cardíacas do que os não fumantes.

A nicotina no organismo pode levar a estados crônicos de anemia, náuseas, irritação nasal, além de doenças cardíacas, causam problemas respiratórios, pulmonares, bexiga, próstata e outros.

QUADRO 1 – TABACO EM NÚMEROS:

POPULAÇÃO FUMANTE – MUNDO
- A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. (entre as quais 200 milhões são mulheres)

MORTES TABAGISMO – MUNDO - DADOS OMS:	
<ul style="list-style-type: none"> - 100 milhões de morte foram causadas pelo tabaco no Século XX. No Século XXI as mortes relacionadas ao uso do tabaco, subirão para mais de 1 bilhão; - Chegaremos em 2030 somando mais de 8 milhões de morte por ano e 80% desses óbitos aconteceram em países em desenvolvimento e metade dessas mortes vai atingir indivíduos em idade produtiva; (entre 35 e 69 anos de idade) - O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo; - É responsável por 5 milhões de morte ao ano, que corresponde a mais de 10 mil morte por dia; - Apenas 5% da população mundial vivem em países onde a publicidade e a promoção do tabaco é totalmente proibida; - O tabaco é o único produto legal que causa a morte da metade de seus usuários regulares. Isto significa que de 1,3 bilhões de fumantes no mundo, 650 milhões vão morrer prematuramente. 	
FUMANTES POR GÊNERO	
<p>47% de toda a população masculina são fumantes.</p> <p>12% de toda a população feminina são fumantes.</p>	
PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	PAÍSES DESENVOLVIDOS
48% da população masculina.	42% da população masculina.
7% da população feminina.	24% da população feminina.
TABAGISMO NO BRASIL	
<ul style="list-style-type: none"> - No início dos anos 90, 35% da população com mais de 15 anos era fumante; - Em 2007 o índice baixou para 16,4%; - Estima-se que 22,4% da população brasileira fumem; - O preço do cigarro no Brasil é o 6º mais barato do mundo; - De cada 100 pacientes que desenvolve câncer de pulmão 30 são fumantes; - É a 2ª droga mais consumida entre os jovens no mundo e no Brasil; - No caso daqueles pacientes com câncer de pulmão este índice salta para 90%; (Pesquisa OMS) - O fumante está sujeito a mais de 2.450 tipos de doenças. 	

MORTES E PROBLEMAS – TABACO – BRASIL
<ul style="list-style-type: none"> - É responsável direto por 90% das mortes ocasionadas por doenças de pulmão; - 25% das mortes por doenças caroncerianas; - 85% das mortes por doenças pulmonares obstrutivas crônicas; - 25 % das doenças cerebrovascular; - Mais de 300 pessoas morrem por dia no Brasil em conseqüência do hábito de fumar superando o número de mortes por AIDS e acidentes de trânsito; - 90% dos fumantes iniciaram seu consumo antes dos 19 anos.
CUSTOS, PREJUÍZOS E TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - O tabaco causa prejuízo de mais de 200 bilhões de dólares ao ano no mundo; -Provoca um prejuízo anual para o Sistema Público de Saúde de pelo menos R\$ 338 milhões de dólares o equivalente a 77% do custo de todas as internações de quimioterapias do país; -Quase 8% dos gastos do Sistema Público de Saúde vão para doenças ligadas ao cigarro; - Estudo revelou que a terapia de um paciente com câncer custa, em média, R\$ 29, mil. O tratamento de câncer do esôfago, R\$ 33,2 mil, e o de laringe, R\$ 37,5 mil. Se todos os casos novos desses três tipos de câncer causados pelo cigarro procurarem o sistema público, o gasto calculado é de R\$ 1,12 bilhão. Esse levantamento foi feito através da trajetória de fumantes internados em dois centros de referência para tratamento de câncer e problemas cardíacos: o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Instituto Nacional de Cardiologia (INC).
FUMANTES PASSIVOS
<ul style="list-style-type: none"> - O Tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável, subseqüente ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool; - Os fumantes passivos têm um risco de 23% a mais de desenvolver doenças cardiovasculares; - 30% a mais de ter câncer de pulmão, maior propensão à asma, redução da capacidade respiratória; - 24% a mais de chances de infarto do miocárdio e maior risco de arteriosclerose.

Fontes: Dados disponíveis em: <http://actbr.org.br/tabagismo/numeros.asp>. Organizados pela autora.

1.1.3 COCAINA

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylom coca*, “no século XIX, na Europa, pesquisadores [...] descobriram suas propriedades farmacológicas, inclusive seu efeito anestésico [...]”. (SANTOS, 2008, p. 16)

No sistema nervoso central essa substância causa um estado de euforia com desinibição inicial de sensação de bem-estar, fazendo com que o usuário se sinta com mais energia e menos apetite.

Consiste em um “pó branco sem cheiro e com sabor amargo, podendo ser administrado por via oral, nasal (por inalação) ou endovenosa”. (KOSOVSKI, 1998, p. 38)

A partir da cocaína, derivam-se “o crack que é a cocaína em pedra, e a merla que é a cocaína em pasta, e por isso, ambas, são drogas que não podem ser aspiradas e nem injetadas” conforme discorre Ribeiro (2008, p. 37).

Sobre os efeitos tóxicos é pertinente destacar a tendência dos usuários a aumentar a dose da droga numa tentativa de sentir os efeitos causados pelas mesmas mais intensamente, todavia essas quantidades elevadas proporcionam aos usuários comportamentos violentos, irritabilidade, tremores e atitudes anormais, devido à paranóia (chamada entre os usuários de “noia”), eventualmente estas atitudes são acompanhadas por alucinações e delírios.

A Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD adverte que a cocaína:

Pode causar taquicardia, febre, pupilas dilatadas, suor excessivo e aumento da pressão sangüínea. Pode aparecer insônia, ansiedade, paranóia, sensação de medo ou pânico. Em alguns casos podem aparecer complicações cardíacas, circulatórias e cerebrais. (BRASIL, 2001, p. 9),

Outros efeitos causados pelo uso deste entorpecente referem-se a problemas psíquicos, é comum os usuários mostrarem quadros de depressão, ansiedade, timidez excessiva e quadros psiquiátricos mais agravantes.

1.1.4 ANFETAMINAS

As anfetaminas são drogas que estimulam o sistema nervoso central, fazendo conforme o Observatório Nacional Antidrogas (BRASIL, 2007, p. 11), “o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas mais acesas, ligadas, com menos sono, elétricas etc”.

Estas drogas são conhecidas popularmente como “rebite” e “bola”, são usados, principalmente, por motoristas que precisam dirigir durante várias horas seguidas sem descansar, por estudantes que passam a noite inteira estudando e também por pessoas que costumam realizar regimes de emagrecimento sem acompanhamento médico.

Tais drogas podem ser utilizadas de diferentes formas, através das vias nasais (cheiradas), ingeridas como cápsulas, e de dissolvidas em água, ainda podem ser injetadas. (RIBEIRO, 2008, p. 36)

As anfetaminas usadas em grandes doses, proporcionam aos seus usuários alucinações, que se caracterizam pelo fato do dependente relatar que vê, sente ou ouve “coisas” que na realidade não existem, configurando uma verdadeira paranóia.

Os usuários de anfetaminas, de uso assíduo, percebem que a cada dia a droga produz menos efeito, logo para conseguir o almejado precisam tomar doses maiores, devido à tolerância causada pela droga no organismo destes.

Em relação aos efeitos abrangidos aqui causados nos usuários, com o aumento das doses estes ficam mais acentuados e também causam conforme o Observatório Nacional Antidrogas – OBID:

[...] aumento do número de batimentos do coração (**taquicardia**) e da pressão sanguínea. [...] podem haver sérios prejuízos à saúde das pessoas que já tem problemas cardíacos ou de pressão, que façam uso prolongado dessas drogas sem acompanhamento médico, ou ainda que se utilizam de doses excessivas. (grifo do autor) (BRASIL, 2007, p. 12):

Estes efeitos também são nítidos fisicamente, pois os usuários ficam com a pele pálida e o uso crônico dessa substância pode produzir lesões irreversíveis nas pessoas que abusam desta droga.

1.2 DROGAS DEPRESSORAS

Conforme Marlatt (2004, p.59) “as drogas depressoras têm esse nome porque deprimem a atividade cerebral, fazem com que o cérebro funcione em ritmo lento”. Seu principal efeito é retardar o funcionamento do organismo do usuário, fazendo com que todas as suas funções metabólicas funcionem lentamente.

De acordo com o OBID (BRASIL, 2007, p. 18) “essas substâncias reduzem a tensão emocional, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual”. Podendo, produzir situações de sonolência embriaguês e até mesmo coma. Abordaremos as principais drogas desta categoria, conceituando-as e situando seus efeitos.

1.2.1 ÁLCOOL

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, esta categoria é tratada de modo diferenciado, quando comparado com as demais drogas, apesar do álcool ter uma ampla aceitação perante a sociedade, seu consumo excessivo, o torna um problema.

QUADRO 2: UNIDADES DE ÁLCOOL EM CADA DOSE DE BEBIDA:

BEBIDA	VOLUME	TEOR ALCOÓLICO	QUANTIDADE DE ÁLCOOL (VOLUME X TEOR ALCOÓLICO)	GRAMAS DE ÁLCOOL (VOLUME DE ÁLCOOL X 0,8*)	DOSE 1D = 14G
Vinho tinto	150 ml	12%	18 ml	14,4g	1
1 lata de cerveja	350 ml	5%	17,5 ml	14g	1
Destilado	40 ml	40%	16 ml	12,8g	1
(*) A quantidade de álcool em gramas é obtida a partir da multiplicação do volume de álcool contido na bebida pela densidade do álcool (d=0,8).					

Fonte: Dados organizados por: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/drogas/alcool1.php>. Retirados do Site: <http://www.alcoolismo.com.br/artigos/efeitos.htm>.

O consumo do álcool em longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstância, podem provocar um quadro de dependência o chamado alcoolismo. Segundo Kasovski (1998, p. 59) o alcoolismo é o “mesmo que dipsomania. Estado patológico originado pelo abuso do álcool”. A questão do uso abusivo do álcool é um problema de saúde pública, que envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares. O consumo de álcool gera distintos efeitos no alcoolista conforme destaca o OBID:

Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar). Com o passar do tempo, começam a surgir os efeitos deprimidos, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma. (BRASIL, 2007, p. 19)

Além desses sintomas, o consumo do álcool causa mudanças acentuadas no comportamento do usuário, prejudicam significativamente o raciocínio e a coordenação, sobre outras complicações causadas pelo uso abusivo do álcool referente à saúde convém destacar as complicações gastrointestinais como úlcera, gastrite, cirrose etc; as complicações cardiovasculares como a hipertensão e pulmonares, os alcoolistas apresentam maiores propensões de adquirir tuberculose e pneumonias bacterianas.

QUADRO 3 : EFEITOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL DE ACORDO COM A INGESTÃO:

Quantidade de álcool por litro de sangue (em gramas)*	Efeitos
0,2 a 0,3 g/l - equivalente a um copo de cerveja, um cálice pequeno de vinho, uma dose de uísque ou outra bebida destilada	As funções mentais começam a ficar comprometidas. A percepção da distância e da velocidade são prejudicadas
0,3 a 0,5 g/l - dois copos de cerveja, um cálice grande de vinho, duas doses de bebidas destiladas	O grau de vigilância diminui, assim como o campo visual. O controle cerebral relaxa, dando sensação de calma e satisfação
0,51 a 0,8 g/l - três ou quatro copos de cerveja, três copos de vinho, três doses de uísque	Reflexos retardados, dificuldades de adaptação da visão a diferenças de luminosidade, superestimação das possibilidades e minimização de riscos e tendência à agressividade
0,8 a 1,5 g/l - a partir dessa taxa, as quantidades	Dificuldades de controlar automóveis,

são muito grandes e variam de acordo com o metabolismo, com o grau de absorção e com as funções hepáticas de cada indivíduo	incapacidade de concentração e falhas na coordenação neuromuscular
1,5 a 2,0 g/l	Embriaguez, torpor alcoólico, dupla visão
2,0 a 5,0 g/l	Embriaguez profunda
5,0 g/l	Embriaguez profunda
TOMANDO-SE POR BASE A INGESTÃO DE ÁLCOOL POR UM INDIVÍDUO QUE PESE 70 KG.	

Fonte: Dados organizados por: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/drogas/alcool1.php>.
Retirados do Site: <http://www.alcoolismo.com.br/artigos/efeitos.htm>.

1.2.2 SOLVENTES OU INALANTES

Fazem parte dessa categoria produtos como a cola de sapateiro, o esmalte, o lança perfume e a acetona, conceituamos os solventes ou inalantes de acordo com o OBID:

A palavra solvente significa substância capaz de dissolver coisas, e inalante é toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou pela boca. Em geral, todo solvente é uma substância altamente volátil, ou seja, evapora-se muito facilmente, por esse motivo pode ser facilmente inalado. (BRASIL, 2007, p. 20)

Os efeitos no organismo, depois do uso são muito rápidos, duram segundos a minutos no máximo, em 15 a 40 minutos já desaparecem, por isso o usuário, repete as aspirações para que os efeitos se prolonguem, os usuários sentem desde estimulação até depressão e aleatoriamente alguns efeitos alucinatorios, por este motivo alguns autores articulam que os efeitos causados por essas drogas, lembram os efeitos causados pelo álcool, apesar deste não causar alucinações.

Entre os efeitos, predomina a depressão, praticamente os solventes não afetam outros órgãos a não ser o cérebro, ao consumir essas drogas, segundo Ribeiro:

A pessoa fica eufórica, agressiva, confusa, impulsiva, inquieta, tremula, sente tonturas e perturbações visuais e auditivas. Na seqüência a pessoa pode sentir náuseas, tossir, espirrar, produzir muita saliva e a face pode ficar avermelhada. Com o tempo a pessoa passa a ficar confusa, desorientada, pálida, com a visão embaçada, não conseguindo mais fixar os olhos nos objetos, e depressiva. (RIBEIRO 2008, p. 33):

Ainda podemos destacar que o uso crônico dessas substâncias pode levar, de acordo com o OBID (BRASIL, 2007. p. 22) “a lesões da medula óssea, dos rins, do fígado e dos nervos periféricos que controlam os músculos”. Enfatizamos que esses sintomas podem ocasionar o coma e até a morte destes usuários.

1.2.3 TRANQUILIZANTES OU ANSIOLÍTICOS

Essas substâncias são denominadas tranqüilizantes, devido sua capacidade de acalmar pessoas estressadas, tensas e ansiosas, portanto atuam excepcionalmente sobre a ansiedade e a tensão.

Nos dias atuais é preferível denominar esses medicamentos de “ansiolíticos, ou seja, que destroem a ansiedade” conforme destaca o Observatório Nacional Antidrogas (BRASIL, 2007, p. 23).

Segundo CEBRID:

Do ponto de vista orgânico ou físico, [...] são drogas bastante seguras, pois são necessárias grandes doses [...] para trazer efeitos mais graves: a pessoa fica [...] ‘mole’, com grande dificuldade para ficar em pé e andar, baixa pressão sangüínea e sofre desmaios. Mas, mesmo assim, a pessoa dificilmente chega a entrar em coma e morrer. (BRASIL, 2003, p. 20)

Sobre os efeitos físicos e psicológicos causados pelo uso dessas substâncias é importante destacar que normalmente combatem o estado de tensão e ansiedade, fazendo com que os usuários fiquem mais tranqüilos, num aspecto de desligamento do meio ambiente e estímulos externos, induzem ao sono produzindo certo relaxamento muscular, afetando os processos de aprendizagem e memória, e prejudicam as funções psicomotoras afetando o bom desenvolvimento de atividades entre elas dirigir automóveis.

1.2.4 ÓPIO, MORFINA E HEROÍNA

Primeiramente faremos algumas considerações referentes às propriedades de ópio e morfina, no intuito de compreender como essas categorias agem sobre o dependente. De acordo com Kosovski (1998, p. 33):

O ópio é extraído da cápsula da papoula, planta originária do Oriente, que é cultivada principalmente na Turquia, no Egito e no Irã, e cujo nome científico é *Papaver somniferum álbum*. Ao fazer corte na cápsula da papoula, quando ainda verde, obtém-se um suco leitoso, o ópio. [...] quando seco, esse suco passa a se chamar pó de ópio. Nele existem várias substâncias com grande atividade. A mais conhecida é a morfina, palavra que vem do deus da mitologia grega Morfeu, o deus dos sonhos. (grifo do autor)

Sobre as características aqui situadas, salientamos que todos os opiáceos têm basicamente os mesmos efeitos no Sistema Nervoso Central, a finalidade de diminuir a atividade do cérebro, no início os usuários experimentam um leve estado de excitação geral, com sensações de êxtase e de bem-estar, a diferença entre eles está na questão da dose. De acordo com o OBID “todas essas drogas produzem uma analgesia e uma hipnose (aumentam o sono): daí receberam também o nome de narcóticos, ou seja, drogas capazes de produzir estes dois efeitos”.(BRASIL, 2007, p. 27)

Além da morfina outra substância derivada do ópio é a heroína, conforme Aratangy (1995, p.117) apud Ribeiro (2008, p. 35):

A heroína não é um componente direto do ópio, como a morfina, mas é produzida a partir de uma transformação química desta. A heroína tem uma capacidade de induzir tolerância e dependência maior do que a morfina [...].

Tanto a morfina quanto a heroína são utilizadas para diminuir dores e causar sono, quando utilizadas via injeção, de forma abusiva afetam o sistema respiratório, o coração e a pressão sanguínea.

Essas substâncias, de acordo com Aratangy (1995, p. 118 apud RIBEIRO, 2008, p. 36) causam no dependente “[...] sonolência, [...] provocam uma espécie de torpor, um desligamento da realidade, acompanhado de uma sensação de bem-estar”.

1.3 DROGAS PERTURBADORAS

As drogas perturbadoras fazem com que o cérebro passe a funcionar de forma desordenada, desse modo alteram o funcionamento do sistema nervoso central. Este grupo de substâncias é também conhecido por alucinógenos ou alucinantes.

Para entendermos melhor estas drogas, começaremos nossa explanação conceituando segundo o OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas:

A palavra alucinação significa, em linguagem médica, percepção sem objeto, isto é, a pessoa em processo de alucinação percebe coisas sem que elas existam. Assim, quando ouve sons imaginários ou vê objetos que não existem, ela está tendo uma alucinação auditiva ou uma alucinação visual. (BRASIL, 2007, p.32) (grifos do autor)

Essas drogas perturbam e distorcem o seu funcionamento, fazendo com que os usuários passem a perceber as “coisas” deformadas, parecidas com imagens dos sonhos. Conforme discorre o OBID as drogas perturbadoras são:

Drogas que alteram as sensações, percepções e o pensamento, [...] Também chamadas de alucinógenas, essas substâncias determinam uma mudança qualitativa no funcionamento cerebral. Os usuários podem desenvolver distúrbios alucinatorios (ouvir vozes, ver imagens) e delirantes (mania de perseguição, ter delírios místicos ou religiosos e idéias de grandiosidade). (BRASIL, 2007, p. 29)

De acordo com essas definições e características situadas aqui, vamos discorrer sobre algumas drogas pertencentes a essa categoria denominada drogas perturbadoras.

1.3.1 MACONHA

A maconha é uma planta, chamada cientificamente de *Cannabis sativa* é a droga ilegal mais consumida no mundo, como droga perturbadora, mexe com o sentido de tempo de seus usuários, é uma droga conhecida há muito tempo, seu uso

geralmente esteve ligado a ritos religiosos, fins medicinais ou para proporcionar prazer, “produzir risos”.

Os efeitos da maconha no sistema nervoso central são bastante danosos, variando apenas na intensidade de pessoa para pessoa, a maconha tem como o princípio ativo o “THC (Tetra-Hidro-Canabinol) e como o cigarro da maconha é feito por folhas secas da planta. É a quantidade do THC que determina seu menor ou maior efeito”.

O THC é uma molécula solúvel em gordura que, uma vez na corrente sanguínea, é rapidamente distribuída aos tecidos gordurosos, onde é armazenada. (KOSOVSKI, 2008, p. 43)

Além da euforia e o relaxamento, causados pelo uso da maconha, efeitos esses que protagonizam os argumentos favoráveis a apologia desta droga, ocorre também outros efeitos físicos como “batidas do coração mais rápidas, pulso acelerado, olhos vermelhos, boca e garganta secas”. (KOSOVSKI, 2008, p. 44)

Ainda, segundo o CEBRID:

Sabe-se que seu uso continuado interfere na capacidade de aprendizagem e memorização e pode induzir a um estado de amotivação, isto é, não sentir vontade de fazer mais nada, pois tudo fica sem graça e sem importância. Esse efeito crônico da maconha é chamado de síndrome amotivacional. Além disso, a maconha pode levar algumas pessoas a um estado de dependência, isto é, elas passam a organizar sua vida de maneira a facilitar seu vício, e tudo o mais perde seu real valor. (grifos do autor) (CEBRID, 2003, p. 47 apud RIBEIRO, 2008, p. 39)

Os riscos mais comuns do consumo de maconha são o prejuízo da atenção e da memória e a diminuição dos reflexos, que aumentam a probabilidade de acidentes, alguns usuários têm alucinações, e o consumo de altas doses, podem provocar ansiedade intensa, pânico e quadros psicóticos.

Apesar da maconha, ser uma droga que aparentemente não tem implicações mais graves percebemos que estes efeitos existem, todavia seus danos começam a surgir com o decorrer do tempo.

1.3.2 - PLANTAS ALUCINÓGENAS E COGUMELOS

De acordo com o OBID (2007) as drogas alucinógenas na sua maioria, vêm da natureza, foram “descobertas” pelos seres humanos do passado que as consideravam após sentirem seus efeitos, como “plantas divinas”, até hoje em culturas indígenas o uso destas plantas tem este caráter religioso.

Segundo o CEBRID (2003 apud RIBEIRO 2008, p. 40) “os cogumelos e as plantas alucinógenas são drogas naturais que agem diretamente no cérebro, causando delírios e alucinações auditivas ou visuais”.

É importante destacarmos que estas mudanças no cérebro são muito maleáveis, dependem de várias condições, por exemplo, da sensibilidade e personalidade do indivíduo, dependem também da expectativa do usuário em relação aos efeitos.

Conforme relatamos as reações são variáveis, podendo ser agradáveis, fazendo com que os usuários se sintam bem com as alucinações causadas pelo uso, entretanto os efeitos podem ser desagradáveis, os usuários podem ter visões que causam medo (pesadelos), sensações que seu próprio corpo esteja se deformando, certeza que irá morrer. Todavia, o efeito mais preocupante do uso abusivo desta droga “são os ataques de pânico, os quais podem ser prejudiciais, colocando o usuário e outras pessoas em situação de risco”. (RIBEIRO, 2008, p. 40)

Os sintomas físicos são pouco significativos, mas podem ocorrer dilatação das pupilas, taquicardia, náuseas e vômitos, estes últimos mais comuns com a bebida do Santo Daime.¹

Várias destas plantas, foram sintetizadas em laboratórios, logo além das plantas alucinógenas naturais, existem os alucinógenos sintéticos, sendo o ácido LSD- 25 o mais expressivo.

¹ Bebida feita com folhas do cipó "Banisteriopsis Caapi", (Cipó Banisterina Caapi) rico no alcalóide "Harmina" misturado com as folhas da planta conhecida pelo nome Folha Rainha "Psicótria Vinilis". Entre os Incas a bebida era chamada de Hoasca que significa, "Vinho dos Deuses" ou "Vinho dos Espíritos". Entre os índios brasileiros ela é conhecida como "Caapi". conceito disponível em: <<http://sobrenatural.org/materia/detalhar/4172/>>. Acesso: 12/04/2011.

1.3.3 ÁCIDO LSD – 25

O ácido LSD- 25 são alucinógenos sintéticos, substâncias fabricadas em laboratório, consideradas a mais potente droga alucinógena existente.

O LSD- 25 é capaz de produzir distorções na percepção do ambiente – cores, formas e contornos alterados -, além de sinestesia, ou seja, estímulos olfativos e táteis parecem visíveis e cores podem ser ouvidas. Outro aspecto que caracteriza a ação do LSD- 25 no cérebro refere-se aos delírios. Estes são chamados ‘falsos juízos da realidade’, isto é há uma realidade, um fato qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de avaliá-la corretamente. (BRASIL, 2007, p.35)

O LSD- 25 assim como os alucinógenos têm poucos efeitos sobre outras partes do corpo, após 10 a 20 minutos do uso, a pulsação pode acelerar, pode ocorrer das pupilas dilatarem e o usuário pode sentir certa excitação. Mesmo quando ingeridos em doses altas, não chegam a intoxicar seriamente a ponto de ter efeitos físicos.

1.3.4 ÊXTASE

O êxtase, assim como o LSD- 25 , também é um alucinógeno sintético, que causa em seus usuários alucinações. Conforme o OBID:

A droga apresenta efeitos semelhantes aos estimulantes do sistema nervoso central (agitação), bem como efeitos perturbadores (mudança das percepções da realidade). Seus efeitos mais marcantes são a sensação de melhora nas relações entre pessoas, o desejo de se comunicar, melhora na percepção musical e aumento da percepção das cores. [...] os efeitos do êxtase dependem do local e do que acontece no momento do uso. O ambiente mais comum para o consumo é o de clubes noturnos e em *raves*, cujo cenário é enriquecido com jogos de luzes e música eletrônica.) (grifo do autor) (BRASIL, 2011. p. 37)

O consumo desta droga causa em seus usuários também a diminuição do apetite, dilatação das pupilas, aceleração do batimento cardíaco, aumento da temperatura do corpo (hipertermia), rangido dos dentes e aumento na secreção do hormônio antidiurético.

Ressaltamos aqui, que o uso excessivo de tal substância pode causar problemas no fígado, deixando a pessoa com a pele amarelada; problemas de aprendizagem e concentração, pânico, e depressão, podendo ainda levar o usuário a morte. (RIBEIRO, 2008, p. 41)

Uma das complicações mais curiosas é a da intoxicação por água, com o aumento da temperatura, existe a necessidade da ingestão de água, mas quando esse aumento acontece de forma excessiva, a água pode acumular no organismo, pois o êxtase dificulta a eliminação dos líquidos do corpo. Logo a ingestão de água pode ser perigosa, inclusive letal.

1.4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Desde que nasce o homem estabelece relações de dependência, seja com pessoas, situações ou objetos. Algumas destas dependências não apresentam risco, muitas ainda são importantes para o desenvolvimento, porém existem outras que são perigosas e prejudiciais como é o caso da dependência química.

Segundo a Secretária Nacional Antidrogas – SENAD - (BRASIL, 2001, p.14) dependência química: “[...] é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (freqüentemente) para obter prazer. [...] aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis etc”.

A dependência química também chamada de toximania ou de drogadição é atualmente conceituada como uma doença, que possui uma causa ligada a alterações do funcionamento cerebral. Logo a dependência química não é simplesmente “falta de vergonha na cara” ou um problema moral, como muitas vezes é tratada.

Não se pode afirmar que exista uma causa única para a dependência ou uma personalidade típica do dependente, o que existe são determinantes que tornam o indivíduo vulnerável a droga, podendo ser de natureza psicológica e/ou social. Para uma melhor compreensão sobre a dependência química analisaremos esta doença sobre estes dois contornos. Conforme destaca o SENAD:

A dependência física caracteriza-se pela presença de sintomas e sinais físicos que aparecem quando o indivíduo para de tomar a droga ou diminui bruscamente o seu uso: é a síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez. [...] Já a dependência psicológica corresponde a um estado de mal-estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de uma droga. Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração, mas que podem variar de pessoa para pessoa. (BRASIL, 2001, p. 14)

Com a ajuda de medicamentos a dependência física na sua maioria, pode ser tratada, o processo de tratamento para a dependência psicológica, não acontece de forma rápida e simples é a partir deste véis que acontece a recaída.

A doença de dependência química tem sido amplamente divulgada e discutida, pois o uso abusivo dessas substâncias psicoativas é um grave problema social e de saúde pública em nossa realidade.

Porém, é importante ressaltarmos que nem todos os usuários de drogas são dependentes, os usuários podem ser classificados conforme o padrão de consumo das substâncias psicoativas.

Portanto, definimos segundo a OBID (2007) esses padrões de consumo de drogas que podem ser: experimental, recreativo, controlado, social, abusivo e por fim a dependência.

Uso experimental: Simplesmente, os primeiros poucos episódios de uso, extremamente infreqüentes ou não persistentes. **Uso recreativo:** uso em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações de outros problemas relacionados, embora haja os que discordem, opinando que, no caso de droga ilícita, não seja possível esse padrão, devido às implicações legais relacionadas. **Uso Controlado:** Refere-se à manutenção em uso regular, não compulsivo e não interfere no funcionamento habitual do indivíduo. Termo também controverso, pois se questiona se determinadas substâncias permitem tal padrão. **Uso social:** Pode ser entendido de forma literal como o uso em companhias de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa para indicar os padrões acima definidos. (grifos nossos) (BRASIL, 2007, p. 8-9)

E sobre o uso abusivo é importante salientar que neste padrão de uso aumenta-se o risco de conseqüência prejudicial ao usuário, resultando em dano físico ou mental, é considerado também conseqüência social, podendo ocasionar fenômenos como tolerância e abstinência. Segundo o OBID:

[...] 60% dos sujeitos que fazem uso abusivo, não progredem para a dependência nos dois anos seguintes; 20% deles voltarão para o uso normal; 20% progredirão para o quadro de dependência". (BRASIL, 2007, p. 8-9)

Logo quando o padrão de uso é considerado dependência o usuário existe para a droga e pela droga, mantendo relação de necessidade absoluta com esta, e a droga passa a dominar a sua vida.

Então, evidenciamos que o uso de drogas em si não é automaticamente dependência química, existe uma escala dos padrões de uso que caracterizam na dependência, isto é, o abuso no uso dessas substâncias e a perda de controle sobre este uso, em decorrência de vários fatores que irão confirmar a dependência.

Conforme complementa e analisa Olievenstein (1989) existem quatro evidências que podem tornar alguém dependente químico:

- (1°) A primeira é que a droga existe sem o toxicômano. O objeto droga, matéria inerte existe, sempre existiu, em todos os tempos e todos os lugares;
- (2°) Diante deste objeto, a atitude do homem é variável, conforme o espaço, a ideologia, o lugar e o momento sócio-cultural;
- (3°) Em um mesmo momento sócio-cultural, a atitude dos indivíduos é variável, conforme a vulnerabilidade pessoal ligada à história do sujeito diante da falta;
- (4°) Toda a falta no ser humano remete a outra falta arcaica, e é nisso que se situa a especificidade da dependência humana. (OLIEVENSTEIN, 1989, p. 14)

Aos que se tornaram dependentes, não devem ser tratados como criminosos e todo esforço deve ser desenvolvido para a sua recuperação e reintegração a sua família e a sociedade. Outro problema evidenciado pela dependência química é a repercussão da doença no âmbito familiar, assunto que trataremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

FAMÍLIA, CO-DEPENDÊNCIA E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Sabemos que a família é a fonte primária de acolhimento para o indivíduo, logo neste capítulo explanaremos as mudanças ocorridas na forma organizacional da família ao longo da história, superando a concepção tradicional de família, o modelo padrão idealizado, a fim de entendermos os laços afetivos existentes e sua importância no crescimento do indivíduo, e o que essas relações inter-familiares agregam de responsabilidades na questão da Dependência Química, pois sabemos que a família exerce influências importantes no que diz respeito ao comportamento de seus membros, seu desenvolvimento saudável ou adoecido, e em contrapartida entendermos a questão da co-dependência, e a importância da abordagem familiar no processo de tratamento.

2. A FAMÍLIA NA CONTEMPORÂNEIDADE

Pensar em família na contemporaneidade é desmistificar do conceito convencional, vivemos numa época em que encontrar uma conceituação única para a instituição família está cada vez mais difícil, a organização familiar vêm ganhando contornos com o passar dos anos, que a dissociam dos padrões tradicionais da família nuclear burguesa: um homem e uma mulher unidos pelos laços matrimoniais e cercados dos filhos.

Em outros tempos, as famílias que se distanciavam dessas características, eram consideradas desestruturadas, porém pensar em família nos tempos atuais é preponderar outras estruturas familiares dentro da sociedade.

É de suma importância, destacar as diferentes organizações e enfoques que se contrapõem ao modelo tradicional de família sob a perspectiva contemporânea, hoje podemos encontrar na sociedade novos modelos de família de acordo com Dias (2006, p. 36) “famílias recompostas, monoparentais, homoafetivas”, mostrando assim a sua pluralização, rompendo com o aprisionamento da família, aos âmbitos

restritos do casamento, consagrando dessa forma o direito a liberdade, ainda de conforme cita Dias (2006, p. 37):

A consagração da igualdade, o reconhecimento da existência de outras estruturas de convívio, a liberdade de reconhecer filhos havidos fora do casamento operaram verdadeira transformação na família.

A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo 226 § 3º enfatiza o reconhecimento da existência de outras entidades familiares, além das constituídas pelo casamento: “Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre homem e mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.” (BRASIL, 1998, p.136), ainda no mesmo artigo § 4º a CF 88 coloca que “Entende-se também como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.” (BRASIL, 1998, p.136), característica da família monoparental.

Existem também as famílias de uniões homoafetivas, que são relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo que mantêm suas relações embasadas pelo afeto. Também existem as famílias adotivas que da mesma maneira são os laços afetivos que determinam as relações no contexto familiar, e a criança adotada tem os mesmos direitos assegurados que os filhos biológicos.

Essas relações vêm adquirindo visibilidade, conduzindo a sociedade à aceitação de todas as formas que as pessoas encontram para buscar a felicidade, portanto é importante compreendermos que família vai muito além dos laços matrimoniais, gênero ou envolvimento de caráter sexual, o que coloca a família na juridicidade é segundo Dias (2006, p. 38) “a presença de um vínculo afetivo a unir as pessoas com identidade de projetos de vida e propósitos comuns, gerando comprometimento mútuo”. Mas mesmo assim, de acordo com Calderón e Guimarães (1994, p. 25):

Observa-se que ainda predomina no imaginário coletivo da nossa sociedade a idéia de uma família perfeita: seguidora de tradições, formada pelos pais e filhos, vivendo numa casa harmoniosa para todo sempre. Esse modelo, mais conhecido como família nuclear burguesa, ou família conjugal moderna, tem se caracterizado, principalmente, pela composição [...] e coexistindo por meio de aliança e de consangüinidade.

A família hoje, não se caracteriza pelo viés de seus paradigmas originários: casamento, sexo e procriação, a família contemporânea comporta uma enorme “elasticidade”.

A instituição familiar sofreu importantes interferências externas que a dissociaram da idéia de natureza, pois as mudanças ocorridas no âmbito familiar vão além de respostas biológicas, desde “a Revolução Industrial, que separou o mundo do trabalho do mundo familiar e instituiu a dimensão privada de família, contraposta ao mundo público” (SARTI, 2005, p. 21), que esses paradigmas perderam espaço na concepção de família no mundo atual, os vários ciclos de desenvolvimento ao longo da história permitiram suas transformações.

Conforme o que relata Siqueira (2011, s/p):

Com a Revolução Industrial, a família deixa de ser uma unidade de produção, sob o comando de seu chefe, passando cada membro a trabalhar dentro das fábricas. A família, antes produtora dos bens para a sua própria subsistência, passa a exercer função econômica, auferindo o seu sustento da produção, ora como proprietária, ora como proletária.

Sem falar da Revolução Francesa que foi introdutora dos “preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade no mundo ocidental” (SIQUEIRA, 2011, s/p.), assim sendo mudam muitos dos valores até então tidos como absolutos, permitindo assim a existência de novos modelos de organizações familiares. É importante ressaltar também sobre os impactos dos avanços tecnológicos e o espaço conquistado pelas mulheres como ressalta Sarti:

A partir da década de 1960, não apenas no Brasil, mas em escala mundial, difundiu-se a pílula anticoncepcional, que separou a sexualidade da reprodução e interferiu decisivamente na sexualidade feminina. [...] criou as condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua vida e sua sexualidade atadas à maternidade como um ‘destino’, recriou o mundo subjetivo feminino e, aliado à expansão do feminismo, ampliou as possibilidades de atuação da mulher no mundo social. (SARTI. 2005, p. 21)

A questão da pílula em conjunto com a abertura do mercado de trabalho remunerado para as mulheres abalou os alicerces familiares, estabelecendo um processo de mudanças na família, começa a aparecer à questão da autonomia da sexualidade feminina, sem estabelecer a associação com a reprodução.

Assim sendo, é pertinente entendermos que a família independente de sua estrutura e os diferentes arranjos existentes, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade.

É na família que formamos nossa identidade social e começamos a compreender o mundo e nos situarmos nele. Conforme destaca Teruya (2011, p. 1) pensar em família é pensar numa instituição “mediadora entre o indivíduo e a sociedade”. A família é considerada a base da sociedade, pois ela estabelece os valores morais, sociais e culturais a cada indivíduo.

De acordo com Szymanski (1995, p.23) a família é analisada como sendo:

[...] o *locus* potencialmente produtor de pessoas saudáveis, emocionalmente estáveis, felizes e equilibradas, ou como o núcleo gerador de inseguranças, desequilíbrios e toda a sorte de desvios de comportamento. (grifo do autor)

Desta forma, compreendemos que a família tanto pode potencializar o crescimento individual de seus membros, quanto deixá-los pobres em valores, pois, “[...] toda família tem uma estrutura própria e é ela que permite a leitura e formação dos valores que sustentam a identidade de cada um dos seus membros.” (SANTOS, 2001 apud MACÊDO 2004, p.12) assim sendo a família é também um espaço onde existem conflitos e tensões.

Conforme o que abrange a Política Nacional de Assistência Social:

A família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade [...], bem como geradoras de modalidades comunitárias de vida. Todavia, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos [...]. (BRASIL, 2004, p. 35):

Portanto, estudar família na perspectiva contemporânea nos remete a compreensão que não existe apenas um modelo padrão que se possa caracterizar em uma única definição, devem-se ter claros os vários modelos existentes, levando em consideração a afetividade existente em seu âmbito.

É pertinente destacarmos que o nosso intuito, não está na estrutura familiar, mas nos laços afetivos existentes e a qualidade das relações entre os membros,

para entendermos a importância da família para os indivíduos, no sentido da construção do ser como cidadão.

Cada família tem na sua individualidade sua realidade moral, social e emocional, “a história da família, é descontínua, não linear e não homogênea: consiste, isso sim, em padrões familiares distintos, cada um com suas próprias histórias e suas próprias explicações”. (POSTER, 1991, p. 100 apud SZYMANSKI, 1995, p. 24)

A história da família vem passando por longas transformações ao longo do tempo, por isso encontrar sua conceituação não é tarefa fácil, é necessário uma visão pluralista ao se pensar em família como aborda Villela:

Faz-se necessário ter uma visão pluralista da família, abrigoando os mais diversos arranjos familiares, devendo-se buscar a identificação do elemento que permitia enlaçar o conceito de entidade familiar todos os relacionamentos que tem origem em um elo de afetividade, independentemente de sua conformação. O desafio dos dias de hoje é achar o toque identificador das estruturas interpessoais que permita nominá-las como família. Esse referencial só se pode ser identificado na afetividade. (PEREIRA, 2008, p. 28 apud VILLELA, p. 20)

Essas modificações na forma de pensar e definir a família são resultado das alterações ocorridas na instituição familiar através do processo histórico, pois a família tende a se adequar conforme a realidade social de cada época, as mudanças ocorridas vão além das mudanças estruturais no âmbito familiar, contrapondo também com os valores que outrora eram importantes e atualmente não são, conforme salienta Salazar (2011, s/p.):

[...] na cultura da felicidade (permeada pelo neoliberalismo) ocorre um esvaziamento das preservações moralistas em benefício da realização pessoal e do direito do sujeito livre, direito a concubinação, direito a separação dos cônjuges, direito a maternidade fora do casamento, direito a ser fecundado por um genitor anônimo ou por um falecido. A família deixa de ser instituição transmissora dos deveres para se transformar em uma instituição emocional e flexível ao serviço da realização pessoal [...].

Assim sendo, percebemos que a individualização, está cada vez mais presente, se tornando o grande motivo, para a fragilização dos vínculos afetivos, cada vez mais o “eu” está se tornando mais importante e a necessidade do outro não tem mais tanto valor. Isso se dá também pela exigência do mercado de trabalho,

que proporciona um afastamento nas relações pais e filhos, e as questões que outrora eram preponderantes no âmbito familiar, ficam em segundo plano, ou repassado para outra instituição como a escola, no sentido de agregar valores, pois ainda ressalta SALAZAR (2011, s/p.) que:

[...] as relações entre os homens estão menos valorizadas que as relações dos homens com as coisas [...], com essas fragilizações e rompimentos nas relações interpessoais, os jovens não encontram uma força diretriz dentro de si.

Se olharmos para a realidade brasileira atual, considerando o processo de desenvolvimento histórico, certamente iremos nos deparar com a carência de vários fatores pertinentes a construção e realização humana.

O núcleo familiar neste aspecto individualista está marcado pela precariedade no quesito projetos de vida² positivos, muitas vezes, falta uma preparação para os jovens para a inserção no mundo adulto e também a presença do diálogo.

Dessa forma, é preciso dentro desse contexto de mudanças, as famílias perceberem as novas exigências a ela concebidas, na criação de um lar saudável, pois o distanciamento entre pais e filhos produz seqüelas de ordem emocional e reflexos no seu desenvolvimento. Os sentimentos de dor e de desamparo podem deixar reflexos permanentes em suas vidas, que dificultaram no sentido dos mesmos, superarem suas dificuldades e conflitos que são comuns nessa fase de transição para a vida adulta.

Todavia, a família para Sarti (1995, p. 39) “[...] não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas, e as mudanças atingem de modo diverso cada uma dessas relações e cada uma das partes da relação”.

² O Projeto de Vida é também uma forma de dar-se a conhecer para si e para os outros por meio dos anseios, dos planos de vida e da ampliação de possibilidades que articulam realizações, como ter uma profissão, um trabalho, casar, ter filhos, ter acesso aos bens de consumo. Esse Projeto como objeto de representação social evidencia que ele é construído no senso comum pelas relações sociais e é perpassado por um contexto histórico de valores e regras que articulam processos psicossociais. Esses processos mobilizam construções de representações sociais que definem o grupo, no caso o dos adolescentes, sobre a forma de pensar, sentir e agir em relação ao projeto de Vida. Essas condutas permitem a tomada de posição, organização e metas desse grupo para alcançar um modo ou condição de vida. (NASCIMENTO. 2005, s/p.)

Na sociedade capitalista, o núcleo familiar cada vez mais vem agregando esses sentimentos individualistas pelos seus membros, fazendo com que intensamente haja um distanciamento entre as gerações. “Por isso, faz-se necessário analisarmos a família e o seu papel socializador inserido numa sociedade que prega o individualismo como valor norteador das relações”, (RIBEIRO, 2008, p. 17) passando a ser um referencial de consumo, as relações afetivas no âmbito familiar vem tendo um caráter representativo e dependente da vida material perde-se um pouco do sentido da instituição família.

Esse aspecto materialista e individualista que vem agregando a família na contemporaneidade é relacionado com as perdas dos valores tradicionais da instituição familiar, pois a questão da individualidade, dos dias atuais, não era tão expressivo na sociedade antigamente, cada membro da família sabia o papel que devia desempenhar no âmbito familiar, com a individualidade os papéis dentro da família passam a se conflitar.

Conforme cita Sarti (1995, p. 43):

No mundo contemporâneo, as mudanças ocorridas na família relacionam-se com a perda do sentido da tradição. Vivemos numa sociedade onde a tradição vem sendo abandonada como em nenhuma época da História. Assim, o amor, o casamento, a família, a sexualidade e o trabalho, antes vividos a partir de papéis preestabelecidos, passam a ser concebidos como parte de um projeto em que a individualidade conta decisivamente e adquire cada vez maior importância social. A afirmação da individualidade sintetiza o sentido das mudanças atuais, o que tem implicações evidentes nas relações familiares, fundadas no princípio da reciprocidade e da hierarquia. [...] Nas sociedades tradicionais, ao contrário das sociedades modernas, onde a dimensão da individualidade é valorizada, os papéis familiares não são conflitivos, porque estão predeterminados. A partir do momento em que existe espaço social para o desenvolvimento desta dimensão individual, os papéis familiares se tornam conflitivos na sua forma tradicional, embora a vida familiar continue tendo o mesmo valor social que sempre teve.

Como houve perdas nos papéis pré-estabelecidos dentro da instituição familiar perde-se também a questão da hierarquia na relação pais e filhos, complicando as relações entre os membros, criando uma lógica de negociação, e ficando difícil ponderar regras e limites às crianças, limites necessários para a construção da identidade dos mesmos. Quando não existem valores que normatizam o âmbito familiar, as crianças ficam sem referências para seguir, tendo que procurar por conta própria modelos a ser seguidos, e muitas das escolhas feitas

por essas crianças, definirão o que elas serão, desse modo formarão sua identidade, ainda de acordo com Sarti (2005, p. 45):

[...] houve uma confusão entre os excessos da autoridade de tipo tradicional e o exercício legítimo e necessário da autoridade na família, levando a uma permissividade que tem prejudicado particularmente as crianças, que ficaram sem limites estabelecidos.

Devemos ter claro também, que essas regras e limites importantes para o desenvolvimento da criança devem ser estabelecidos por respeito mútuo, entre as partes, no sentido de fornecer a esses indivíduos em formação os motivos pelos quais são estabelecidas essas regras, para que a educação fornecida às crianças não venha a ser impositiva e possa construir uma identidade moral autônoma. A autonomia “consiste em compreender o porquê das leis que a sociedade nos impõe e que não somos livres de recusar”. (PIAGET, 1977, p. 307 apud SARTI, 2005, p. 45).

Cada família se caracteriza por uma estrutura própria, com valores que agregam através de suas vivências e particularidades, valores estes que dão a compreensão do que é certo e errado, bom e ruim etc. A instituição familiar é caracterizada como sendo a socialização primária do indivíduo, a família é a mediadora nas relações entre os sujeitos e a sociedade, mas segundo Romanelli (2005, p. 73):

Certamente a socialização não ocorre apenas na família, sendo realizada, simultaneamente, pela escola, pela igreja, pela mídia, além da imensa influência exercida sobre os imaturos pelo grupo de pares, constituído por iguais. As intensas transformações registradas nas sociedades ocidentais tendem a fazer com que a experiência dos adultos seja considerada, pela nova geração inadequada para oferecer modelos que possam organizar e orientar suas formas de sociabilidade. Tais mudanças que vêm ocorrendo [...] levam o grupo de pares a constituir-se como referência fundamental na orientação de conduta de crianças e adolescentes.

Portanto, muitos dos valores pré-estabelecidos no âmbito familiar, irão se chocar com o mundo externo, as crianças no seu desenvolvimento e criação da própria identidade, irá estabelecer novas relações afetivas, com grupos que diferem do seio familiar, outros valores serão apresentados, e aquela visão de mundo apresentada sendo única possível pela sua família, será questionada, muitas vezes

as idéias construídas no interior das famílias se contrapõem bruscamente com o mundo externo, gerando conflitos no indivíduo, que para fazer parte de um determinado grupo, rompe com os vínculos familiares, criando uma nova identidade que possivelmente criará conflitos no âmbito familiar.

Por isso os laços afetivos são tão importantes, na construção do indivíduo, pois a partir da existência destes laços na família será possível uma construção de diálogos que vão prover a possibilidade de estabelecer acordos essenciais para a proteção das crianças, deve ser por isso que o modelo nuclear seja ainda visto na sociedade de modo idealizado, pois consegue fornecer internamente uma estrutura hierarquizada, onde cada membro exerce sua função nas relações.

Conforme Calderón e Guimarães (1994, p. 25):

Observa-se que ainda predomina no imaginário coletivo da nossa sociedade a idéia de uma família perfeita: seguidora de tradições, formada pelos pais e filhos, vivendo numa casa harmoniosa para todo e sempre. Esse modelo, mais conhecida como família nuclear burguesa, ou família conjugal moderna, tem se caracterizado, principalmente, pela composição [...] e coexistindo por meio de aliança e de consangüinidade.

Sobre a importância da presença do diálogo nas inter-relações no âmbito familiar, Szymanski (2005, p. 58) coloca que ele fornece:

[...] igualdade de valor -, o respeito e a escuta às urgências dos educandos, sem desconsiderar as dos educadores. Trata-se, basicamente, do reconhecimento de si e do outro como sujeitos, e da possibilidade de renovação do mundo pelo inédito que as novas gerações podem produzir.

Assim sendo, vemos a importância da presença da autoridade para as crianças dentro da família, porém sem confundir com autoritarismo, mas se importando com as necessidades de cada um individualmente, no sentido de proporcionar um bem comum, e segundo Szymanski (2005), o diálogo ainda não é muito usado nas famílias, pois “muitas vezes, teme-se que dialogar com uma criança ou um adolescente ameaça a autoridade”. (SZYMANSKI, 2005, p. 58). Mas isso não acontece, pelo contrário fornece abertura para a compreensão do outro, e dentro dessa perspectiva permite a construção de um lar saudável, que gera confiança entre as partes, para qualquer situação eventual da vida, as crianças e adolescentes saberão que poderão contar com os seus responsáveis em todas as circunstâncias.

Não podemos deixar de contextualizar que a fase da adolescência, tem uma linha tênue, para a vida adulta, e são os modos de vida dessas fases, infância e adolescência e após a Juventude que serão os pilares da construção da vida adulta, e a existência de alguém de confiança para poder contar nas dificuldades que certamente aparecerão durante essa transição é primordial aos indivíduos.

Lossaco (2005, p. 70) ressalta que:

A transição para a socialização adulta torna-se difícil porque os modelos de comportamentos sociais apreendidos na infância já não são mais adequados aos relacionamentos sociais maduros. Espera-se, porém, que os seus fundamentos sejam à base das atitudes e dos padrões de comportamento que o tornarão apto a ocupar seu lugar no mundo adulto.

Logo, grandes serão as mudanças ocorridas durante essa transição, para a fase adulta, junto com essas mudanças virão também as responsabilidades, lembrando que essa fase é marcada pela complexidade, pois as mudanças nem sempre são fáceis, acarretam grandes dificuldades, é nesse período que os indivíduos necessitaram de apoio para superar as incertezas e conflitos que irão enfrentar durante a fase adulta, por isso é colocado tanto valor na família para a construção da identidade de seus membros, conforme Lossaco (2005, p. 68-69):

Entrar no mundo adulto significa desprender-se do seu mundo infantil, tarefa que deverá acontecer gradativamente e para qual o adolescente não está preparado. A aceitação, ou não, das instabilidades desta fase evolutiva, bem como a forma pela qual os adolescentes são acolhidos, determinará a qualidade do novo cunho de inter-relações. O adolescente é um viajante que deixou um lugar e ainda não chegou no seguinte. [...] É um período de contradição, confuso e ambivalente e muitas vezes doloroso. [...] O adolescente provoca uma verdadeira revolução em seu meio familiar e social, e isto cria um problema de gerações nem sempre bem resolvido.

Por esse motivo abordamos a importância dos vínculos afetivos na formação de caráter do indivíduo, independente dos arranjos familiares existentes, cada família tem seu modo de expressar sentimentos, pois estão diretamente ligados a regras e costumes passados por gerações através dos tempos. Então, independente de suas configurações o papel da família é fornecer um espaço privilegiado de acolhimento, proteção e afeto e ainda pelo estabelecido no art.22 do Estatuto da Criança e Adolescente- ECA (1990) “Aos pais incube o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores [...]”.

A responsabilidade e o valor aqui agregados para o âmbito familiar não é limitado apenas à família consangüínea, mas para todas as estruturas familiares, sejam em relação a pais biológicos ou não das crianças em desenvolvimento, pois situamos a importância dos laços afetivos existentes e as formas que as famílias encontram para alcançar a felicidade, sempre levando em consideração à responsabilidade que os mesmos têm, em prover a formação do ser enquanto cidadão, com direitos e responsabilidades.

Nessa transição para a vida adulta, acontece uma ruptura na relação inter-familiar, pois os jovens começam a defender suas próprias opiniões que podem divergir com a dos responsáveis, pois ressaltamos que eles preferem as opiniões dos novos grupos, “amigos”, e muitas vezes as escolhas tomadas pelos mesmos acabam criando situações não agradáveis para o âmbito familiar, em algumas situações acabam desviando-se dos projetos saudáveis de vida, construídos pelos pais, proporcionando o desequilíbrio no lar.

De acordo com Scivoletto (2004, p. 34) apud Justino (2011, s/p):

[...] a adolescência é uma fase onde todos estão à procura de sua própria identidade. É o momento em que querem ser reconhecidos por serem eles mesmos e não mais filhos de alguém.

Os motivos que podem levar a esses desvios de comportamento são inúmeros, e muitos dessas mudanças de atitudes acontecem dentro do lar, e na maioria dos casos, podem estar diretamente ligados com a forma que o indivíduo foi educado.

Em suma, as famílias idealizam e fazem projetos em cima de suas expectativas no rol de seu âmbito, assim sendo, quando se vêem envolvidos em situações que contrariam essas idealizações, algumas famílias ficam coagidas diante dos fatos, sem saber como lidar com o caso.

O problema que iremos considerar é a dependência química no âmbito familiar, esta problemática tende a afetar a família como um todo. Por isso para compreendermos a importância da família no tratamento da dependência química, abordaremos a seguir as características da família que tem no seu interior problemas com adicto, e as relações de co-dependência que as famílias acabam criando em relação ao familiar toxicômano.

2.1. FAMÍLIA DO DEPENDENTE QUÍMICO: CO-DEPENDÊNCIA.

Anteriormente já explanamos sobre mudanças na vida em família nos últimos tempos, o ritmo de vida se tornou mais acelerado, os horários da família na casa não coincidem e dificulta encontrarem um período para estarem juntos. A família “não consegue mais produzir projetos de vida”. (PICHI, 1996, p.21)

A sociedade está cada vez mais marcada por características do individualismo e do consumismo, e uma maior tendência para o não envolvimento com questões que sejam relacionadas ao bem comum. Olhar a família numa perspectiva contemporânea é se deparar com a perda do sentido da tradição conforme cita Sarti (1995, p. 43):

Vivemos numa sociedade onde a tradição vem sendo abandonada como em nenhuma outra época da História. Assim, o amor, o casamento, a família, a sexualidade, passam a ser concebidas como parte de um projeto em que a individualidade conta decisivamente e adquire cada vez maior importância social.

Assim sendo, é pertinente analisarmos a família sob o ponto de vista do seu papel socializador, mediadora entre os indivíduos e a sociedade, é certo que a família contemporânea “tem relação cada vez mais estreita com o consumismo capitalista, onde este molda de formas intrínsecas as reproduções ideológicas nos lares de todo mundo”. (JUSTINO, 2011, s/p)

Com a falta de diálogo no ambiente familiar há o não entendimento da diferença entre cuidado e preocupação com os filhos, pois esses termos muitas vezes vêm sendo visto como se fossem iguais porém, cuidado pode ser dado através de “coisas”, pode ser comprado ou repassada a responsabilidade para este fim a terceiros, mas preocupação necessita de tempo e atenção dos pais para com seus filhos, e a escassez dessa preocupação propicia que o indivíduo busque alternativas, seja para se sentir aceito ou fugir de situações adversas, e muitas vezes essas situações levam-nos a deparar com o uso de drogas no âmbito familiar.

É comum as famílias aceitarem as drogas tidas como lícitas no âmbito de suas rotinas, pois o álcool e o tabaco são aceitos socialmente, o medo das famílias concentra-se nas drogas ilícitas, entre outras a maconha e a cocaína. Contudo, o

fator negativo é acreditar que esta problemática está longe da realidade em que vivem, pois nenhuma família tem “barreiras de proteção” e a realidade das drogas pode sim fazer parte da rotina da vida de um de seus membros.

As famílias que se vêem nesta situação, via de regra, se encontram perdidas, assustadas sem saber o que fazer, além disso, existem as dificuldades relacionadas com o preconceito, devido à falta de conhecimento sobre o assunto, pois muitas das famílias têm seu primeiro contato com a questão da dependência química ao se deparar com um dos seus membros nessa situação.

O preconceito social é sempre evidente nesta circunstância, quando a vida de seus filhos vai bem, é normal as pessoas comentarem algo como “você teve muita sorte”, mas quando algo sai do controle dos familiares, acusam pela falha, injustas ou não, essas noções são freqüentes, e os mesmos se sentem culpados e angustiados quando algo sai errado, e assim surgem as indagações e a pergunta mais habitual é “onde foi que errei?”.

Em algumas famílias a tentativa de ajudar o dependente e redimir a culpa, transforma um problema com soluções possíveis, em uma tragédia que afeta violentamente a vida da família e do dependente, e muitas vezes isso ocorre pela falta de conhecimento da situação apresentada, e não sabem o que fazer com os turbilhões de sentimentos que se vêem envolvidos.

As formas de agir frente essa problemática podem ser inúmeras, Piche (1996) aborda essa falta de conhecimento por parte das famílias ao se deparar com o problema da dependência química e algumas ações que são comuns as famílias neste caso:

E quando a droga aparece em casa, em vez de fazer com que nosso amor seja mais intenso, ficamos divididos, descarregando a responsabilidade sobre o outro cônjuge. Provavelmente negamos a evidência por muito tempo, perdendo tempo precioso. Confusos e desencorajados, enchemos de complexo de culpa, de quem pensávamos jamais ter de receber tanta desilusão, vergonha e dor. (PICHE, 1996, p. 32-33)

É claro que nem todas as famílias são iguais e nem sempre respondem ao problema da dependência química no âmbito familiar da mesma forma, mas existem sentimentos que são comuns a todas as famílias quando enfrentam situações que acreditavam estar longe de suas vivências.

Antes de continuarmos nossa explanação, é pertinente conceituarmos co-dependência, que segundo Sanda (2001, p. 246) “é um quadro caracterizado por um distúrbio mental acompanhado de ansiedade, angústia e uma **compulsividade** obsessiva em relação a tudo o que envolve a vida do dependente”. (grifo nosso)

A co-dependência faz com que as pessoas mais próximas do dependente, vivam em função do outro, deixam de viver suas próprias vidas para viver a vida do adicto, pois “enquanto o dependente é viciado na droga o co-dependente é viciado nos problemas do dependente” (SANDA, 2001, p. 247), logo o vínculo que os prende não é o amor ou amizade, mas a doença. No fundo o co-dependente acredita que pode mudar o outro e constantemente, são surpreendidos com problemas, perdas e mudanças que ocorrem na vida do dependente químico.

Segundo Balone (2006, s/p):

Codependentes são esses familiares, normalmente cônjuge ou companheira (o), que vivem em função da pessoa problemática, fazendo desta tutela obsessiva a razão de suas vidas, sentindo-se úteis e com objetivos apenas quando estão diante do dependente e de seus problemas.

Essa relação se torna um círculo vicioso de sofrimento, pois a forma que o co-dependente vive, depende diretamente de como está o próprio dependente, isto é, se o dependente está em crise, o co-dependente ficará em crise da mesma forma, os familiares começam a fazer planos e ter esperança de dias melhores, mas no caso de recaída por parte do dependente, automaticamente o co-dependente se sente mal novamente.

Conforme Ribeiro (2008, p. 49):

A dor gerada, devido a todos esses impactos causados, em cada membro familiar próximo de um dependente é maior que o amor que se recebe. Na realidade a co-dependência é uma espécie de falso-amor, uma vez que parece ser destrutivo, tendo em vista que pode agravar o problema da dependência química no âmbito familiar.

O convívio com o dependente químico acarreta nos familiares co-dependentes uma doença emocional muito grande, é um amor destrutivo, pois cria sentimentos de culpa, amargura, raiva, e obviamente não leva a felicidade, não proporciona paz.

O impacto que as famílias sofrem com o uso de drogas por um dos seus membros, é correspondente com os sentimentos dos sujeitos que a utiliza. Como bem esclarecem Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 31):

Os problemas dos dependentes de álcool e outras drogas não são sofridos em isolamento, pois virtualmente todo dependente químico afeta outros – especialmente os que vivem mais próximos a eles. Aliás, a dependência química é comumente chamada de ‘doença da família. Costuma existir um envolvimento tão grande e tão visível entre os familiares e os problemas e sintomas do doente, que o termo *co-dependência* foi inventado para descrever tal situação. Embora não existam duas famílias iguais ou que respondam à dependência química da mesma forma, há temas, sentimentos e comportamentos comuns que prevalecem em quase toda família que abriga um dependente.

O relacionamento entre os familiares e o dependente é uma relação muito dolorida, no mesmo tempo em que a família sente a dor do fracasso, da vergonha e do preconceito, e também sentimentos de traição por parte de quem tanto deposita confiança, amor e expectativas, o dependente sente as mesmas dores e ambos buscam alternativas para sair dessa situação.

Segundo Souza (2010, s/p) comumente esta fuga se dá por cinco fases que se caracterizam as fases da Co-Dependência:

A primeira fuga da família vem através da negação, ela tem certeza que todos os filhos dos vizinhos têm problemas menos o seu, [...] fase da negação é a realidade vindo à tona refugiam-se então no “circo” do desespero, [...] Na fase a tendência por parte da família é de agressividade e muitas cobranças. A fase seguinte é a barganha. Tentam de tudo para mostrar ao filho que são os melhores pais do mundo, oferecem normalmente o que poderiam cumprir [...] Quando nada disso adianta e infelizmente é o que normalmente acontece, vem então a terceira fase que é a da depressão. Uma angustia muito profunda, muitas emoções negativas, uma fase que atinge em cheio o dependente e pode causar certa descompensação levando o adicto a pensar na possibilidade de tratamento ou o que é mais provável levá-lo ainda mais para o fundo do poço. [...] O outro aspecto é: como os pais acham que já fizeram tudo que lhes era possível, partem então para liberar sua agressividade contra o dependente químico. [...] Somente quando a família percebe que nada disso resolve é que vem a última fase que é a da aceitação. Este é o momento do Tratamento para o dependente e família. É quando conseguimos encarar o adicto como doente e a dependência como uma doença e paramos de vê-los como um delinqüente. (grifos da autora)

Conforme a citação os impactos que essas famílias passam ao se deparar com a situação da droga podem ser descritos através de quatro estágios que

progressivamente as famílias passam sobre a influência da adicção no âmbito familiar. Portanto, é importante ressaltamos cada um desses estágios que progressivamente as famílias co-dependentes passam ao se verem emergidos na problemática da dependência química.

Na primeira fase, o ambiente familiar passa a ser embasado pela ansiedade, devido à implicação do uso da droga pelo dependente. Nesta fase é normal as famílias negarem o problema, propiciando um espaço conflituoso e uma barreira em seus relacionamentos de acordo com Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p.31) “embora todos na família neguem que exista um problema de bebidas ou drogas, os relacionamento entre eles vão se tornando cada vez mais tensos”, ao negarem a situação, acabam se reprimindo, e guardam seus sentimentos e dificuldades que surgem para si próprios, não falam o que realmente sentem.

A segunda fase se caracteriza pela importância que toda família passa a dar ao uso de droga pelo dependente e ainda como ressalta Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 31) “ao mesmo tempo em que se ilude a respeito da doença, tenta controlar o uso ou as conseqüências do abuso da droga por parte do dependente”. O ambiente familiar é caracterizado pelo sentimento de não falar sobre a droga e camuflar os problemas “a regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e o álcool não estão causando problemas para a família”, (PAYÁ e FIGLIE, 2004, p. 340) existem no âmbito familiar sentimentos de cumplicidade.

Na terceira fase a negação ainda existe e os familiares assumem papéis ríspidos e previsíveis, (papéis esses que iremos discorrer no decorrer deste trabalho) assumem as responsabilidades dos atos dos dependentes. Para Payá e Figlie (2004, p. 340) neste estágio existe uma grande “[...] desorganização da família [...] As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus e, assim o dependente químico perde a oportunidade de perceber as conseqüências do abuso de álcool e drogas [...]”, ocasionando uma inversão de papéis e funções, por exemplo, a esposa assume todas as responsabilidades da casa, pois seu marido está com problemas de alcoolismo, ou a filha mais velha, passa a cuidar dos irmãos, devido a dependência química da mãe.

Na quarta e última fase, no ambiente familiar se instala uma grande crise, ocorre esgotamento emocional em todos os membros, conforme o que salienta Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p.32) “[...] procuram maneiras de fugir da situação insustentável, pode ocorrer um afastamento emocional completo ou divórcio – até

mesmo, um suicídio ou homicídio”. Apesar da grande desestruturação na família provavelmente os sentimentos fortes para com o dependente permanecerão.

Todavia, não podemos afirmar que em todos os casos o processo será o mesmo, pois cada família reage conforme os valores, a compreensão e os recursos que os mesmos encontram para enfrentar a situação.

A situação de dependência química progride de tal forma que fica insustentável, criando uma desestruturação familiar que origina no afastamento entre seus membros, esse é um problema prejudicial não apenas para o usuário de entorpecentes, mas que inclui também a famílias e amigos mais próximos, que sofrem todos os efeitos decorrentes da dependência química no âmbito familiar.

Da mesma forma que o dependente vai, progressivamente, sofrendo as influências do uso do álcool ou outras drogas, sua família também passa a ser afetada em estágios previsivelmente progressivos. Há temas, sentimentos e comportamentos comuns que prevalecem em quase toda a família que abriga um dependente.

Ainda de acordo Payá e Figlie (2004, p. 341) os principais sentimentos presentes na família que convive com dependente químico são:

[...] raiva, ressentimento, descrédito das promessas de parar, dor, impotência, medo do futuro, falência, desintegração, solidão diante do resto da sociedade, culpa e vergonha pelo estado em que se encontra.

O ambiente em que vivem, geralmente, é de grande ansiedade e, freqüentemente, tendem a ser tenso, propiciando a assíduas discussões e com o passar do tempo, o convívio passa a ser mero formalismo, os indivíduos já não falam sobre os sentimentos e ignoram o problema para diminuir o sofrimento.

Conforme Cesar (2010, s/p):

Uma atitude co-dependente pode parecer positiva, paciente e generosa, pois está baseada na melhor das intenções, mas, na realidade, é inadequada, exagerada e intrusa. A questão é que os co-dependentes estão viciados na vida alheia e não sabem mais viver a sua própria. Adoram dar, mas detestam receber, seja atenção, carinho ou ajuda. Desta forma, quanto mais se dedicam aos outros, menos autoconfiança possui. Afinal, desconhecem os seus próprios limites e necessidades.

Toda a atitude co-dependente, mesmo que acarrete em problemas, sempre é seguido de boa intenção, os co-dependentes nunca sabem quando ajudar, pois envolve sentimentos conflitantes de medo e culpa. Estas pessoas se tornam “escravo” do dependente, tudo o que ele faz de errado afeta e os co-dependentes sofrem juntamente com os dependentes, mesmo sem fazer uso dos entorpecentes, muitas vezes as famílias desempenham papel de facilitadores.

Facilitação “[...] é toda a atitude que tomamos e que irá colaborar com a continuação da dependência química. As atitudes de facilitação são: minimizar, controlar, proteger, assumir responsabilidades e compactuar, [...]” (SANDA, 2001, p. 247). Assim sendo o facilitador torna-se responsável por todas as obrigações do dependente químico, adia suas crises, protegendo das conseqüências dos seus atos, tentam manipular pessoas ou situações para extinguir os motivos que pudessem levar o adicto ao uso. O co-dependente torna-se uma pessoa com preocupação crônica, assume a culpa por causar problemas, negligencia o cuidado com si próprio, pois perdeu a identidade para viver a vida do outro, no seu emprego torna-se cada vez menos eficiente e também há um grande risco de tornar-se dependente de remédios.

Outro fator condizente para explanarmos aqui sobre a co-dependência são papéis adaptáveis, que segundo Krupinick L. e Krupinick E. (1995) Sharon Weggscheider³ identifica no comportamento dos co-dependentes ao se depararem com esta problemática no interior do lar: As famílias ao tentarem lutar contra o problema da droga encontram meios para se adaptar a situação nova. O problema da dependência química é crônico e progressivo, os membros das famílias encontram formas para manter certo “equilíbrio emocional” e adotam papéis dentro da família, claro que seus objetivos não são alcançados conforme declara Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 36):

É quase impossível que consigam alcançar a meta desejada enquanto perdurar o uso da droga, apesar disso, cada co-dependente tenta sobreviver emocionalmente adotando um ou até mais de um papel familiar específico.

³ Sharon é uma consultora conhecida nacionalmente, educadora e autora. Ela é uma terapeuta de familiar e realizou workshops em todo o mundo, consultou com os sistemas de ensino, empresas e indústrias, centros de tratamento, e as agências de aconselhamento. Ela já ganhou prêmios em comunicação, e já apareceu em "The Oprah Winfrey Show", "The Phil Donahue Show", "Good Morning America". Disponível em <<http://www.sharonwcruse.com/>> Acesso em 20/06/2011 traduzido via Google Tradutor.

Ainda segundo Krupinick L. e Krupinick E. (1995) são cinco papéis que os co-dependentes se adaptam para enfrentar essa situação, o facilitador principal, o herói da família, o bode expiatório, a criança perdida e o mascote da família.

Na seqüência discorreremos sobre cada um deles para melhor compreendemos esses papéis para o quadro de co-dependência.

Primeiramente, abordaremos sobre o “Facilitador Principal” que para Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 37) “[...] é a pessoa que lhe está mais próxima e com a qual ele mais conta.”, normalmente é o cônjuge do doente ou a mãe, como é o familiar com mais envolvimento com o problema, é a pessoa da família com maior probabilidade de iniciar uma intervenção, os sentimentos mais aparentes são a raiva, a preocupação e os ressentimentos reprimidos. Ainda segundo Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 37) “embora tenda a criticar ao mesmo tempo sente-se culpada, iludindo-se com a idéia de que poderia ter feito mais pelo dependente”, é o familiar que mais procurou ajudar o dependente de todas as formas possíveis.

O próximo papel é o de “Herói da Família” segundo Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 38) geralmente este papel é desempenhado pelo irmão mais velho, que se sente culpado por não poder ajudar o familiar dependente, cria muitas expectativas de si e para os outros, Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 38) coloca que:

Como espera muito de si e dos demais, fica com raiva quando as expectativas se frustram- porém, nega e reprime essa raiva: acha que ele não pode e não deve sentir-se irado.

A partir disso esse familiar aprende que a melhor maneira de evitar confusões, tanto com o dependente como com a facilitadora principal é sendo perfeito, busca formas de dar a todos o que querem, tenta ser útil à família, tornando-se exemplar, aprende e ensina a regra do “não falar”, torna-se tão crítico que exige esforço de todos para que a situação melhore e prefere a admiração e o respeito à intimidade e ao amor, e ainda provavelmente se tornará o facilitador principal de outra família.

Ainda de acordo Krupinick L. e Krupinick E. (1995) temos o outro papel que se refere ao “Bode Expiatório”, este papel é desenvolvimento, principalmente, pelo segundo filho, com o problema do adicto ele se sente apagado na família, sem

nenhum valor, e para chamar a atenção para si, ele tem comportamentos rebeldes, tem raiva dos pais, do mundo e de si mesmo. Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 39) discorre que “a culpa e a vergonha são sentimentos comuns nesta criança”. Possivelmente ela se tornará o próximo dependente químico da família, se forem do sexo feminino tem propensão a engravidar na adolescência, pois fingem não se importar com as coisas que a cercam.

O próximo papel desenvolvido pelos familiares é a da “Criança Perdida” que de acordo com Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p. 40):

A criança perdida, muitas vezes é a terceira criança da família, costuma alienar-se de todos e tornar-se uma solitária. Conseqüentemente, sente-se indignada e pior é que ninguém na família se dá o trabalho de demovê-la da idéia que tem de si própria.

Então a criança perdida, possui dificuldades em relações interpessoais, não se relaciona afetivamente, não consegue fazer escolhas ou cumprir compromissos, é alienada tudo que fazem são seguir os outros, não tem opinião sobre nada, porém não causa problemas, até cria a sensação de normalidade no âmbito familiar.

E por último temos o “Mascote da Família”, freqüentemente este papel é desempenhado pelo caçula, este familiar tem como principal função divertir os outros, é considerado o “palhacinho” da família, ele por sua vez consegue trazer um pouco de alegria aos seus familiares que estão com os sentimentos de dor encobertos. Ainda como relatam Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p.40-41) “Tem dificuldade em estabelecer suas próprias prioridades e compromissos. [...] Não é levado a sério e aprende a não se levar a sério, [...]”, é necessário ter certo cuidado com essa criança, ou com quem desempenha o mesmo no quadro de co-dependência dentro do âmbito familiar, pois ela encontra dificuldades em amadurecer e pode se tornar uma criança hiperativa, manipuladora e dominadora.

As famílias sofrem muito com a situação da dependência química, tentam ajudar para que o dependente deixe o uso, mas acabam ajudando para que o problema aumente, é complicado para a família se reconhecer como co-dependente, com necessidades assim como o próprio dependente de ajuda para conseguir superar essa situação, e acabam agindo por conta própria e permitindo que os conflitos se acumulem.

Nem sempre as famílias têm um grande número de membros, porém esses papéis são adaptáveis de acordo com o relacionamento dos indivíduos dentro do universo familiar, e sua estrutura.

No entanto, “ajudar” requer saber como “ajudar”. A pessoa que insiste em “ajudar” através de formas erradas, acaba por afetar negativamente tanto o usuário quanto ela própria, engajando-se ambos em um processo devastadoramente patológico.

2.2 ABORDAGEM FAMILIAR: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Muitos fatores determinam que a inclusão da família no tratamento da dependência química é pertinente na melhora do próprio dependente, por isso a abordagem familiar deve ser considerada parte integrante do tratamento, pois pudemos notar anteriormente que família precisa de viés para ser seguido durante esse processo, mesmo com vontade de ajudar, muitas vezes não se tem o modo para prover essa ajuda, desta forma as atitudes acabam atrapalhando em vez de ajudar na recuperação.

O convívio com o dependente faz com que os familiares adoeçam emocionalmente e por esse motivo é necessário que os familiares também se tratem e ao mesmo tempo recebam orientações sobre como lidar com os seus sentimentos em relação ao dependente, o que fazer e o que não fazer, e sobre como proteger a si e aos demais membros da família de problemas emocionais causados pela doença do dependente.

É muito complicado para as famílias aceitarem que também necessitam de tratamento, por que ninguém quer ser chamado de doente. Todavia, quanto mais tempo o familiar levar para admitir a real necessidade de ajuda, maior tempo sofrerá, pois quando familiares convivem com um dependente químico, geralmente, tendem a viver num ambiente de grande ansiedade, tornando as relações entre estes mais tensas devido a ocorrência freqüente de discussões, com o tempo, as pessoas já não mais expressarão o que sentem e passarão a ignorar o problema para amenizar o sofrimento e a ansiedade, fato este que acaba afetando o convívio familiar.

Conforme discorre Lourenço (2001, p. 171-172):

Se é importante ressaltar à família que sua participação no tratamento, não se deve apenas à presença do dependente químico em seu meio, mas trata-se de uma oportunidade para criar um espaço aberto, um momento de se colocar, de ver quando poderá trabalhar, [...] outras situações disfuncionais presentes no núcleo familiar, poderão ser sinalizadas e tratadas durante o tempo em que se desenvolve o tratamento do próprio dependente. [...] é importante que se trabalhe o nível de ansiedade da família, a necessidade que ela tem de cura mágica, fazê-la entender que só deixar a droga não basta, o que se objetiva com o tratamento é tratar tudo o que está por trás e que leva a pessoa a valer-se da droga.

Inicialmente a disponibilidade dos membros será um fator relevante para um bom desenvolvimento do tratamento, no entanto nem sempre isso é possível. Por isso algumas intervenções que antecedem esse processo são favoráveis, como atendimentos individuais às esposas ou pais e/ou intervenções de orientações e suporte.

Os familiares realmente precisam de orientação. Na grande parte das vezes, eles conhecem os problemas advindos do uso inadequado das drogas, mas não conhecem as formas mais adequadas para lidar com o problema. Muitos membros familiares do dependente infelizmente comportam-se de uma determinada maneira que, direta ou indiretamente, apóiam, facilitam ou perpetuam o uso inadequado de substâncias pelos filhos. Membros familiares que consciente ou inconscientemente recusam-se a confrontar ou, até mesmo, reconhecer o problema da dependência química apenas aumentarão os problemas futuros. BAITIERI (2011, s/p)

Logo compreendemos que é através do atendimento familiar que os membros passam a receber atenção não só para suas angústias, como também começam a receber informações fundamentais para a melhor compreensão do quadro de dependência química.

A inclusão da família no tratamento de dependentes químicos tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de abordagem a ser utilizada, dentre as várias propostas. Por isso consideramos que a abordagem familiar na dependência química é eficaz para a recuperação do adicto, pois o dependente químico está dentro de um contexto, no qual valores, emoções e comportamentos próprios de cada ambiente familiar. Então, este é visto como o meio direto para enfoque terapêutico.

Segundo Payá e Figlie (2004, p. 339) “abordagens familiares são compreendidas como intervenções com a participação da família no processo de tratamento, destacando-se modalidades como psicoterapia e a orientação familiar.”

Vale ressaltarmos que a abordagem familiar recebeu reconhecimento clínico, contudo, nenhuma abordagem de terapia familiar tem sido aceita como a mais eficaz no tratamento das famílias. Por isso a importância de estar se indagando e investigando o tema, buscando conhecimento sobre as amplas possibilidades de intervenções com familiares de dependente químico.

Buscamos compreender de forma sucinta sobre a história da terapia familiar, para entendermos a importância da família no tratamento para se obter resultados positivos na recuperação.

Conforme ainda Payá e Figlie (2004, p.345):

A terapia familiar evoluiu a partir de uma multiplicidade de influências. A formulação da psicanálise de Freud, desde o início, enfatizou que o interesse do psicanalista deveria ter como foco as relações familiares dos pacientes. Da mesma forma, ressaltou que, em alguns casos, a neurose teria relação com conflitos entre membros da família, uma vez que os familiares considerados ‘sadios’ preferem não prejudicar seus interesses a colaborar na recuperação daquele que está doente.

Visando que as famílias que se vêm com problemas de adicção no ambiente familiar, normalmente se colocam numa situação de co-dependência, comportamentos obsessivos por parte dos familiares em relação ao dependente, dessa forma é pertinente olharmos esses familiares como co-doentes com necessidades de cuidados da mesma forma que o próprio dependente, a abordagem familiar teve início em 1940 conforme explicitado por Payá e Figlie (2004, p.346):

Considerada uma prática de tratamento ainda muito recente em relação aos problemas de álcool e drogas, em que os terapeutas vêm criando novas abordagens por meios de pontos de interface, a dependência química teve início como abordagem familiar em 1940, com os grupos Al- Anon dos alcoólicos anônimos. [...] Na década de 1990, houve crescimento das terapias focadas na solução, que não examinam causas da doença ou disfunções, somente enfatizam soluções.

Estes métodos eram bem aceitos pelas famílias e pelos próprios dependentes, pois não implicavam responsabilidades, era focalizado no problema e os resultados eram obtidos rapidamente. Estes grupos ofereciam novas perspectivas

e possibilitavam novos comportamentos. Esse foco ainda é introduzido nos grupos de auto e mútuo ajuda.

É importante ressaltarmos que a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um processo essencial nos programas terapêuticos.

Existem diversas modalidades terapêuticas na abordagem familiar em dependência química, conforme o quadro abaixo. Contudo nosso foco está centrado nos grupos de auto-ajuda, mais propriamente dito o “Amor Exigente”, que é um grupo procurado por pessoas que buscam apoio, porque tem problemas com algum familiar envolvidos com as drogas, e iremos abordar no próximo capítulo.

QUADRO 4- MODALIDADES TERAPÊUTICAS: ABORDAGEM FAMILIAR

Modalidades Terapêuticas na Abordagem Familiar em Dependência Química
Grupos de auto-ajuda
Enfoque Sistêmico
Abordagem cognitivo-comportamental
Terapia familiar funcional
Terapia familiar estratégia breve
Solução de problemas

Fonte: Dados organizados por: PAYÁ, R; FIGLIE, N.B. Abordagem Familiar em Dependência Química. In. FIGLIE, N. B. (org). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

Frente às alternativas terapêuticas, existentes, deve-se avaliar, considerando-se as características do quadro, aquela que melhor atenda às necessidades do indivíduo e de sua família. E como podemos ver, a família é um recurso indispensável na recuperação do adicto.

Então, concluímos que, independente do modelo terapêutico que o indivíduo e a família se submeta, é de extrema importância que sejam trabalhadas as características individuais do dependente, as características particulares de cada família, suas relações interpessoais, a relação indivíduo/família, enfocando sempre uma abstinência total, mudanças no estilo de vida, bem como os hábitos de ambos, e assim prevenir o fenômeno da recaída.

CAPÍTULO 3

CONHECENDO O GRUPO DE AUTO E MÚTUA AJUDA AMOR EXIGENTE DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Neste capítulo, abordaremos os procedimentos metodológicos usados no processo de pesquisa, delimitando o universo da mesma. E por fim, apresentamos a análise das entrevistas coletadas.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada efetivou-se com a utilização de diversos procedimentos metodológicos para a sua construção. A natureza da pesquisa é de caráter qualitativo, pois compreendemos que este tipo de pesquisa nos permitirá uma melhor compreensão da temática estudada, oportunizando um melhor desvelar da realidade. Partimos da concepção de Minayo (1994, p. 21), para caracterizar a natureza qualitativa da pesquisa:

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

Utilizando a pesquisa qualitativa nos foi possível explorar e entender o fenômeno social estudado, pois como esclarece Richardson (1999, p. 80):

As investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objetivo situações complexas ou estritamente particulares. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitam em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Desta forma, a pesquisa qualitativa nos permitiu analisar e entender o que foi pesquisado com enfoque nos sujeitos participantes da mesma.

A pesquisa foi realizada no contexto do Programa Amor-Exigente do município de Ponta Grossa do estado do Paraná, os sujeitos desta serão famílias que participam do grupo de auto e mútua ajuda Amor-Exigente.

Foram escolhidos três casos de famílias co-dependentes, sendo um dos casos a ex-mulher de um dependente químico e mãe da filha do mesmo, mãe e pai de um dependente químico, que estava a se graduar⁴ no momento da pesquisa e mãe, pai e esposa de um dependente químico que está há dois anos sóbrio, logo serão seis sujeitos no total.

Os critérios utilizados para elencar as famílias que foram entrevistadas, consistiram em que pelo menos tivessem três meses de participação no grupo Amor-Exigente, assim sendo todas as famílias elencadas são participantes há mais de um ano no grupo. Foi utilizada a entrevista como técnica de coleta de dados qualitativos que segundo Minayo (1994, p. 57) através dela:

O pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivencia uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Para a pesquisa, foi utilizada a entrevista semi-estruturada que segundo Rizzini (1999, p. 63) “é aplicada a partir de um pequeno número de perguntas, para facilitar a sistematização e codificação. Apenas algumas questões e tópicos são pré-determinadas”, assim sendo ela nos permite uma maior amplitude nas indagações do real e fornece aos entrevistados maior liberdade de falar sobre suas experiências, permitindo a constatação de dados objetivos e subjetivos dessas experiências.

As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos sujeitos e logo após foram transcritas na íntegra para garantir a fidelidade dos dados coletados, optamos por não divulgar os nomes dos entrevistados, para preservar suas identidades.

Foi utilizado gravador, devido a grande quantidade de informações, a entrevista teve como norte um roteiro, foram elencadas seis perguntas orientadoras

⁴ Terminologia usada, para se referir ao dependente químico que irá terminar o tratamento terapêutico.

para que os familiares, pudessem expressar suas vivências diante da temática no âmbito familiar.

Outro procedimento utilizado para a coleta de dados foi a pesquisa bibliográfica e segundo Oliveira (2002, p. 119) “a pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno”. Esse procedimento foi utilizado pelo pressuposto de situar e descrever teoricamente o que já foi produzido sobre a temática pesquisada e foi utilizada durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa.

Além de todo conhecimento teórico adquirido através da pesquisa bibliográfica, realizamos um estudo documental, que envolve a investigação com base em documentos e de acordo com Chizzotti (2006, p. 13):

[...] visa responder as necessidades objetivas da investigação [...], a pesquisa documental é parte integrante de qualquer pesquisa sistemática e precede ou acompanha os trabalhos de campo.

Esta pesquisa documental envolveu a investigação com base em documentos que foram produzidos junto ao SENAD (Secretária Nacional Antidrogas), Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, ABC/ABEAD (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas), etc.

A partir dos dados coletados e após as transcrições das entrevistas, realizamos as aproximações entre elas, a fim de identificar as categorias presentes nas falas. Com isso as categorias elencadas foram:

- Os sentimentos vivenciados pelas famílias que se encontram envolvidos com a dependência química por um de seus membros;
- A co-dependência que esses familiares começam a exercer em função do uso da droga no âmbito familiar;
- A falta de informação a respeito da doença da dependência química;
- A importância do grupo de apoio amor-exigente, para compreender a dependência como doença e para as mudanças de comportamento dos familiares com o adicto, na melhoria da qualidade de vida;

- O tratamento dessas famílias, após a aceitação do problema e a importância da tomada de atitude por parte dos familiares, a fim de reverter o quadro de co-dependência.

A identificação das categorias de análise foi possível a partir da assimilação do objetivo da pesquisa e da interpretação das entrevistas realizadas.

A partir dos dados coletados foi realizada a análise de conteúdo, que segundo Minayo:

Podemos apontar três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. (MINAYO, 1992 apud MINAYO, 1998, p.69)

Compreendemos a análise de dados como sendo de grande importância para o entendimento do fenômeno pesquisado, este processo nos proveu de elementos essenciais para alcançar os objetivos propostos nessa pesquisa, ampliando nosso entendimento na questão analisada. Porém, mesmo realizado esse processo lembramos que não poderemos dar conta da totalidade da temática estudada.

3.2 UNIVERSO DA PESQUISA: CONHECENDO O GRUPO AMOR-EXIGENTE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.

Conforme Menezes, (2001) por volta dos anos 70 surgiu nos Estados Unidos, o Toughlove, um movimento liderado por David e Phyllis York, um casal de americanos, orientadores escolares, com três filhas usuárias de drogas, este movimento rapidamente se fortaleceu e rompeu as fronteiras americanas.

No Brasil, foi implementado pelo Padre Haroldo J. Rahm, jesuíta nascido no Texas, que morava no Brasil desde 1964, mantinha em Campinas uma Comunidade Terapêutica, no começo dos anos 80, tomou conhecimento da proposta americana e adotou, pois os princípios que norteavam o movimento eram exatamente aquilo que ele sempre lutava e acreditava.

Em 1987, Mara Silvia Carvalho Menezes, então, à frente do movimento, adaptou o Amor-Exigente ao contexto brasileiro e apresentou o novo programa durante a Primeira Conferência Terapêutica para Farmacodependentes e Alcoolistas, Prevenção e Terapia- CLACT.

Conforme o site oficial do Amor-Exigente, este consiste num programa de auto e mútua ajuda que desenvolve preceitos para a organização da família, que são praticados por meio dos 12 Princípios Básicos e Éticos (situaremos ao decorrer deste trabalho), que através de seus voluntários, sensibilizam as pessoas, levando-as a perceberem a necessidade de mudar o rumo de suas vidas e do mundo, a partir de si mesmas.

Há 26 anos, o Amor-Exigente atua como apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos. O Programa por ser eficaz estendeu-se também ao trabalho com Prevenção, passando a atuar como um movimento de proteção social, atualmente, o programa conta com 10 mil voluntários, que realizam, aproximadamente, 100 mil atendimentos mensais por meio de reuniões, cursos e palestras. São 536 grupos no Brasil, 2 na Argentina, 1 no Peru e 9 no Uruguai, além de 350 grupos em fase experimental e 249 subgrupos de Jovens na Sobriedade.

Todos os grupos de Amor-Exigente são regulamentados pela Federação de Amor-Exigente - FEAE, que proporciona maior eficiência e melhores resultados aos grupos de todo o Brasil⁵.

Josiane Aparecida Cordeiro Rosa, coordenadora voluntária do grupo Amor-Exigente de Ponta Grossa e primeira pessoa a participar do grupo na cidade, relata que o grupo, atualmente, está sob a responsabilidade da Paróquia Santa Rita de Cássia, é coordenado pela Irmã Rosilane de Oliveira Silva, que junto com outros coordenadores voluntários, realizam as reuniões que acontecem uma vez por semana, durante duas horas. Esse grupo está em Ponta grossa há 15 anos e hoje atendem mais de 50 pessoas, sendo familiares de dependentes químicos, e até mesmo os próprios dependentes que se encontram em sobriedade, que terminaram o tratamento⁶.

⁵ Informações disponíveis no site oficial do Amor-Exigente www.amorexigente.org.br. Acesso: 13/09/2011.

⁶ Informações fornecidas via conversa pessoal com a coordenadora Josiane Aparecida Cordeiro Rosa, pois não existem documentos com esses dados, e também o número de pessoas que participam do grupo, não são precisos pois existe uma grande rotatividade de pessoas, e esse número oscilam de uma semana para outra, outras informações aqui situadas são provenientes das

Os encontros acontecem todas as quartas-feiras, às 20h horas, num espaço reservado pela paróquia. Com as visitas realizadas pela pesquisadora no grupo foi notório a satisfação dos participantes das reuniões, os vínculos criados são de amizade e companheirismo, após o término do tratamento do familiar adicto e vencida a metodologia de execução das reuniões do Amor-Exigente os familiares continuam participando do grupo.

Conforme mencionado anteriormente os grupos de Amor-Exigente, em geral, trabalham numa perspectiva de doze princípios básicos:

- 1º Os problemas familiares têm sua origem na cultura, substrato do qual se nutrem;
- 2º Pais também são gente;
- 3º Os recursos materiais e emocionais dos pais são limitados;
- 4º Pais e filhos não são iguais;
- 5º A acusação mantém os pais no desamparo;
- 6º o comportamento dos pais afeta os filhos; o comportamento dos filhos afeta os pais;
- 7º A tomada de atitude precipita a crise;
- 8º De uma crise bem administrada, advém uma mudança positiva;
- 9º Para que possam melhorar, as famílias precisam dar e receber apoio da comunidade;
- 10º A essência da vida em família deve ser a cooperação entre seus membros, não a intimidade;
- 11º É com exigência ou disciplina que se estabelecem os limites da vida familiar;
- 12º Amor aberto, pronto para dar e receber. (DRUMMOND; FILHO, 2005 p. 21- 22)

A cada mês, e por ordem, um princípio é trabalhado, nas reuniões as pessoas partilham suas experiências, nesse grupo os familiares são segundo Menezes (2001, p. 213): “encorajados a agir em vez de só falar; desencorajados de usar violência ou agressividade; levados a construir a cooperação familiar e comunitária”.

Outro fator pertinente sobre o Amor-Exigente refere-se os vários tipos de grupo existentes no núcleo do Amor-Exigente, ainda conforme Menezes (2001, p. 218):

- 1º **Grupo de Acolhimento** é o grupo das pessoas que chegam pela primeira vez, 2º **Grupo de segunda vez** é o grupo para encaminhamento ao grupo definitivo, 3º **Grupo para casais** com dificuldades no

observações enquanto visitante das reuniões durante o processo de pesquisa, que contribuíram de forma significativa para o entendimento do universo de pesquisa.

relacionamento conjugal, **4º Grupo de familiares** de que estão em Comunidades Terapêuticas, **5º Grupo de companheiros (as)** de dependentes químicos, **6º Grupo de prevenção primária** para adolescentes e crianças, **7º Grupos de pais** que tem problemas com o comportamento dos filhos, **8º Grupo de Amor-Exigente** para professores em escolas, **9º Grupo de Sobriedade** para orientação e tratamento de dependentes químicos. (grifos nossos)

Assim sendo o Amor-Exigente é “um grupo de apoio às pessoas que têm a intenção de promover uma melhor qualidade de vida, por meio de mudanças de comportamento norteadas por princípios básicos e éticos”. (MENEZES. 2010, p. 22)

Nos grupos são analisados os comportamentos, partilham-se experiências e traçam metas que propiciem corrigir hábitos e melhorar comportamentos errôneos, o sigilo é enfatizado de modo muito especial, compartilham um lema durante as reuniões “o que é falado aqui, morre aqui”, pois durante essas reuniões os participantes abrem “o coração” e compartilham suas experiências nos grupos de partilha. O Amor-Exigente para atingir os objetivos propostos se firma em três pontos básicos: sobriedade, união e serviço.

3.3 ANÁLISE

Deste momento em diante, faremos as análises das entrevistas e a partir destas procuraremos responder os objetivos que foram propostos neste trabalho.

Caracterizando nossos sujeitos de pesquisa e suas experiências em torno da dependência química no âmbito familiar, verificamos a importância da família para o tratamento da dependência química e as dificuldades dos mesmos durante o processo de tratamento tanto do dependente químico quanto seus próprios.

Conforme citado anteriormente, o Amor-Exigente é um grupo de auto e mútua ajuda, que atende familiares que se encontram problemas com a dependência química no âmbito familiar. Escolhemos três casos, que totalizaram seis sujeitos de pesquisa que freqüenta, o Amor-Exigente há mais de um ano, conforme exposto na seqüência:

- o primeiro caso é a ex-esposa (Ex.E) de um dependente químico e mãe da filha do mesmo, eles tiveram um relacionamento de 8 anos, e mantém contato

com ele devido a filha que tiveram juntos, ela frequenta o Amor-Exigente há 12 anos;

- o segundo caso é de um casal que está com o filho terminando o tratamento, foi entrevistado o pai (PAI1) e a mãe (MÃE1) nesse caso, os dois frequentam o Amor-Exigente faz 2 anos;
- o terceiro e último caso refere-se aos familiares de um dependente químico que está há dois anos sóbrio, neste caso foi entrevistado o pai (PAI2), mãe (MÃE2) e a esposa (E), os pais frequentam o Amor-Exigente faz quatro anos, a esposa um pouco a menos, pois o relacionamento com o dependente iniciou-se depois do tratamento.

Para preservar a identidade dos entrevistados nos referiremos aos papéis que exercem nas famílias, por haver dois pais e duas mães entrevistadas situaremos da seguinte maneira: ex-mulher (Ex-M), pai do segundo caso (PAI1), mãe do segundo caso (MÃE1), esposa (E), pai do terceiro caso (PAI2), mãe do terceiro caso (MÃE2).

De agora em diante, apresentaremos a análise das respostas dos sujeitos de acordo com as categorias identificadas.

3.3.1 OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS FAMÍLIAS QUE SE ENCONTRAM ENVOLVIDOS COM A DEPENDÊNCIA QUÍMICA POR UM DE SEUS MEMBROS.

Primeiramente é pertinente discorrermos sobre o que vem a ser nossos sentimentos, como expõe Viscott (1938, p. 12) “são nossas reações ao que percebemos através dos sentidos e podem modelar nossa reação ao que experimentaremos no futuro”. Tudo que acontece em nossas vidas é a nossa projeção ao ver essas situações que vão caracterizar como agir perante elas, ainda de acordo com colocações de Viscott (1938, p. 13): “Compreender os sentimentos é a chave para o domínio de nós mesmos, para achar a verdadeira independência [...]”. Isso nos remete que somos responsáveis por nós mesmos e que depende de nos conhecermos, especialmente nossos sentimentos para podermos administrá-los e não agir no impulso, tudo depende do nosso olhar e como reagiremos a partir dos nossos sentimentos.

Podemos perceber nas falas dos entrevistados que nenhuma situação é como a outra, existe a particularidade e singularidades dentro do âmbito familiar, e cada família responde a problemática da dependência química de diferentes formas conforme mencionamos no segundo capítulo desta pesquisa.

Porém, existem sentimentos que são comuns, aos familiares que se deparam com um dos seus membros, envolvidos no quadro da dependência química, gerando conflitos de sentimentos, abalando muito e até vindo a desestruturar o âmbito familiar.

Abordamos essa questão no segundo capítulo, mas entendemos a importância de retomarmos. O primeiro contato da família com a dependência química no lar é, via de regra muito complicado, pois nenhuma família espera que possa vir acontecer no rol de seus lares; é muito comum imaginar essa situação na família do outro e ao se perceber envolto nesse problema se torna mais fácil colocar a culpa no outro ou negar o problema tornando o problema ainda maior, conforme Piche (1996, p. 32-33):

E quando a droga aparece em casa, em vez de fazer com que nosso amor seja mais intenso, ficamos divididos, descarregando a responsabilidade sobre o outro cônjuge. Provavelmente negamos a evidência por muito tempo, perdendo tempo precioso. Confusos e desencorajados, enchemos de complexo de culpa, de quem pensávamos jamais ter de receber tanta desilusão, vergonha e dor.

Os familiares do adicto se deparam com várias interrogações a respeito da dependência química, se inserem num turbilhão de emoções ao se verem envolvidos nessa problemática. Conforme podemos constatar na fala de um dos pais entrevistados: *“Então, o dia que ele chamou a gente pra ir lá que ele estava desesperado, que daí ele confessou, eu fui depois, eu nem entrei na casa, deu um desespero. A gente nunca vai imaginar que um filho da gente casado, com 29 anos, sempre estudou em colégio bom, bons amigos sempre, e o que leva a pessoa a usar isso”.* (PAI1)

Podemos observar na fala do PAI1 que ele não conseguia entender como isso poderia ter acontecido, foi uma surpresa, pois foi proporcionado ao filho uma boa educação. E ao ter o conhecimento da problemática no âmbito familiar o mesmo entra em estado de desespero, talvez devido a falta informação a respeito do quadro de dependência química que iremos tratar no decorrer destas análises.

Neste mesmo caso a Mãe1 complementa que: “*é uma mistura, porque de repente você fica se questionando aonde que você errou, o porquê, [...] é um sentimento assim que mistura, é revolta, é tristeza, é vergonha, porque daí de repente assim a aceitação é o pior né? Você saber que tem um filho que sempre estudou em escola boa e o nosso ambiente sempre foi bom, [...] daí se fica questionando o porquê, né?*” (Mãe1)

Outro fator que também mencionamos no segundo capítulo foi a respeito de se criar expectativas em relação a outras pessoas, e quando vêem essas expectativas frustradas, acabam sofrendo com a situação e se encontram perdidos diante dela, sem saber o que fazer a respeito, conforme expõe Viscott (1983, p. 45): “[...] magoa-nos perder algo de importante. Mais ainda magoa fingir de outra maneira. Aguardar mais do que a realidade pode oferecer, só nos predispõe a sermos magoados de maneira ainda pior, e desnecessariamente”.

É normal do ser humano esperar dos outros, atitudes que nós mesmos tomaríamos diante de algumas situações e acabamos nos decepcionando com a pessoa, criando certa mágoa, em suma guardamos as decepções para nós mesmos.

O lar que tem um dependente químico também é envolvido por grande ansiedade e os motivos podem ser inúmeros, pois o familiar do adicto fica aguardando a próxima frustração ainda Viscott (1983, p. 48) coloca que: “[...] a intensidade da ansiedade depende [...] da proximidade da ameaça, da importância da perda para o indivíduo e da força da pessoa e de suas defesas”.

Quando existe a ansiedade é porque houve a percepção que algo que tem importância está sendo ameaçada, na fala da Mãe1, podemos notar isso, ela coloca que não entende o porquê, que não havia motivos para ele fazer uso da droga, e outras vezes se sentia culpada pelos acontecimentos, nem ela consegue entender a variação de sentimentos, várias vezes repete ao responder “*é uma mistura*”, não conseguindo entender o motivo que gerou tanta dor e revolta.

Twerski (1986, p. 73) afirma que:

[...] se estivéssemos mais conscientes de nossos verdadeiros sentimentos, necessidades e impulsos, estaríamos em posição muito mais vantajosa para controlar melhor nosso comportamento como um todo. [...] sentimentos como *sentimentos* não são bons nem maus; simplesmente existem. Naturalmente, o que fazemos com eles pode ser bom ou mau e é com nossas ações, e não com nossos sentimentos, que devemos ter a maior preocupação. (grifos do autor)

Assim sendo, os sentimentos não é o fator principal a se preocupar, mas sim o que fazemos a partir deles, com a junção de sentimentos e emoções se perde o sentido das ações e muitas das vezes, as atitudes tomadas em decorrência da problemática da dependência química são errôneas e acabam atrapalhando ainda mais o quadro da dependência química.

O PAI 2 coloca *“com certeza, existia o sentimento de culpa, alguma coisa que a gente deixou de fazer, ou fez de mais, que foi falha nossa, o primeiro princípio, o primeiro passo era esse, aonde foi que eu errei, o que eu fiz?”*

Os sentimentos manifestos pelos familiares entrevistados em relação à dependência química são principalmente, de tristeza e culpa acompanhada da sensação de impotência frente à problemática.

Conforme explicitado no segundo capítulo para Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p.37) *“embora tenda a criticar ao mesmo tempo sente-se culpada, iludindo-se com a idéia de que poderia ter feito mais pelo dependente [...]”*.

O sentimento de culpa torna as tomadas de atitudes preponderantes ao erro, pois acabam fazendo com que os familiares se achem no dever de aceitar a situação do familiar adicto, o qual conforme relatamos se tornam facilitadores.

O impacto gerado na família devido a toda essa mistura de sentimentos pode ser devastador, conforme Krupnick L. e Krupnick E. (1995, p. 32), pois:

À medida que os membros, cansados, procuram fugir da situação insustentável, pode ocorrer um afastamento emocional completo [...]. Ao mesmo tempo, a família continuará a ter sentimentos fortes protetores do dependente.

Isso que os autores colocam, vimos no caso da Ex.M, que ao trabalhar a questão da co-dependência ela conseguiu separar dele, pois aquela situação lhe fazia mal, mesmo ela mantendo uma relação amigável com ele, os sentimentos de amor carinho se acabaram. O que os mantinha juntos era o sentimento doentio que tinha de querer mudá-lo, a Ex.M coloca: *“ele não era uma pessoa confiável, mas mesmo assim eu não me importei, quando eu descobri isso, eu já gostava dele, eu achava que podia mudar a vida dele, só que a partir daí, eu comecei a me prejudicar porque a forma como eu achei de ajudar era sendo conivente com as*

atitudes dele.[...] eu achava que se eu abandonasse, ele ia recair, por minha culpa era assim que eu via sabe? Que eu tinha que amar, porque eu tinha escolhido aquilo[...] (EXM)

Os familiares se colocam numa posição de culpa e acabam esquecendo que o adicto procurou a droga porque ele quis por algum motivo e aceitar essas condições de dependência sendo coniventes com o uso, não contribuirá para a melhora do mesmo.

Outro fator importante é a questão da vergonha, por medo do preconceito, preferem manter o silêncio e agir pelas próprias possibilidades para que o problema permaneça dentro da família. Essas características foram bem apresentadas por um dos casais que entrevistamos, vejamos: *“a partir do momento que a gente soube do que estava acontecendo a gente tentou, por nós daqui de casa, tentou não deixar alardar muito o fato sabe? Não deixar correr muito, ficar entre nós [...]”* (PAI2).

“[...] é o tal negócio a gente fica com vergonha de ficar comentando né, agora já entende que é bem diferente”. (MÃE2)

Em suma, o familiar do adicto na descoberta do uso no âmbito familiar, sente-envergonhado pela situação, tendo em si próprios preconceitos sobre o problema enfrentado e por esse motivo tem medo do que as pessoas podem pensar a respeito da situação adversa.

O PAI 2 coloca como ele via a situação do uso, quando ficou sabendo da dependência química por parte de seu filho *“na época eu via como algo muito desagradável, eu pensava isso é uma sem-vergonhice e tal, ele nunca me viu beber, fumar, nada, então por que ele foi procurar isso lá fora? A gente não tratava a dependência e o uso da droga como doença, a gente tratava como falta de vergonha na cara de usar um troço desse sabe”.*

Podemos observar na fala claramente, que existia o preconceito a respeito da dependência química por parte do próprio pai do mesmo, e por eles próprios enxergarem a situação por esse viés, buscar ajuda de outras pessoas se torna mais difícil, pois tem medo de como o problema vai ser encarado fora do âmbito familiar, devido ao medo de serem rejeitados.

Essa variação de sentimentos, a questão da negação do problema, acreditar que podem mudar os outros, a raiva ao saber do uso e o medo entre outros sentimentos que assolam a vida dos familiares do adicto, quando se vêem em uma situação que nunca tinham passado antes, são sentimentos, como abordados no segundo capítulo deste trabalho, preponderantes no quadro da co-dependência.

Conforme bem esclarece Paya e Figlie (2004, p. 341):

Muitas vezes deve-se a estes sentimentos o fato de a família demorar muito tempo pra admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional, o que colabora para agravar o desfecho do caso.

A família é um fator importante para a recuperação do adicto, mas para que a ajuda fornecida por eles não venha prejudicar essa recuperação, é preciso que a família também entenda a dependência química como doença e que tanto o dependente químico está doente quanto sua família, pois se torna co-dependente sofrendo os mesmos impactos que o dependente químico sofre ao fazer uso da droga, assim também precisa de tratamento.

No segundo capítulo abordamos a co-dependência e na realidade de nossos sujeitos entrevistados esta categoria se faz presente, demonstrando a necessidade novamente de abordá-la.

3.3.2 A CO-DEPENDÊNCIA QUE ESSES FAMILIARES COMEÇAM A EXERCER EM FUNÇÃO DO USO DA DROGA NO ÂMBITO FAMILIAR.

Para melhor compreensão sobre a co-dependência tomamos por base uma definição que segundo Blefari (2003, s/p):

É a pessoa que desenvolve relações baseadas em problemas. O foco está sempre no outro e o vínculo não é o amor ou a amizade, mas a doença, o poder, o controle. No fundo o co-dependente acredita que pode mudar o outro. Seus relacionamentos são criados para transformar os outros.

O co-dependente vive em função dependente e esquece a sua vida, tudo gira em torno dos acontecimentos que envolvem o adicto, conforme o que expõe a esposa do dependente químico em sua fala: *"[...] eu deixava minhas coisas pra ficar com ele, pra ele não ficar sozinho, não sair sozinho com dinheiro, então eu vi que, no começo eu me culpei sabe, eu pensei que deveria ter feito mais, [...]"* (E), ela deixou muitas vezes de fazer algo que sentia vontade, por medo de deixá-lo sozinho e ele recair. E também para se sentir melhor,

pois conforme explicado no segundo capítulo existe uma necessidade do co-dependente controlar as pessoas, os comportamentos, na expectativa de controlar suas próprias emoções.

Retomamos a concepção de Balone (2006) para entendermos a atitude da esposa:

Codependentes são esses familiares, normalmente cônjuge ou companheira(o), que vivem em função da pessoa problemática, fazendo desta tutela obsessiva a razão de suas vidas, sentindo-se úteis e com objetivos apenas quando estão diante do dependente e de seus problemas. (BALLONE, 2006, s/p)

Conseguimos constatar na fala da esposa essa co-responsabilidade sobrecarregada para si própria em relação ao dependente, se tornando um círculo vicioso, gerador de conflitos, pois tudo gira em torno do dependente. Conforme, também citamos no segundo capítulo Krupinick L. e Krupinick E. (1995, p.31):

Os problemas dos dependentes de álcool e outras drogas não são sofridos em isolamento, pois virtualmente todo dependente químico afeta outros – especialmente os que vivem mais próximos a eles. Aliás, a dependência química é comumente chamada de ‘doença da família. Costuma existir um envolvimento tão grande e tão visível entre os familiares e os problemas e sintomas do doente, que o termo *co-dependência* foi inventado para descrever tal situação. (grifos dos autores)

A co-dependência é tanta que o impacto causado ao dependente é sofrido pelos membros da família não adictos, esta relação entre eles é muito dolorida, pois vivem em função da dependência do outro e qualquer frustração em decorrência do uso da droga pelo dependente abala o âmbito familiar.

A Ex.M nos remete na sua fala a obsessão, que se instala no co-dependente em relação ao dependente, sofrem com a situação, mas não conseguem se desvincular das coisas que não trazem algo positivo para suas vidas. A EX.M relatou que quando estavam juntos percebia que suas atitudes não estavam sendo boas para com ela, que estava se machucando cada vez mais com a situação do adicto: *“[...]então sempre foi um inferno, eu não tinha nada de bom, só que eu tinha medo de perder isso, eu acostumei naquela vida entende, eu que pagava luz, água, comida, ele não fazia nada, só que eu tinha alguém ali, é como se eu vivesse presa aquilo, só que eu não tinha nada em troca, né?”*

O co-dependente se nega aceitar que está diante de um problema, camufla as decepções causadas pela familiar adicto, justificando a aceitação com outras coisas, no caso da Ex.M, ela tinha medo de ficar sozinha. A negação do problema é a primeira característica de um co-dependente, as pessoas deixam de falar aquilo que realmente pensam e sentem.

De acordo com Krupnick L. e Krupnick E. (1995, p. 32):

[...] poderão ocorrer crises graves na família. À medida que os membros, cansados, procuram maneiras de fugir da situação insustentável, pode ocorrer um afastamento emocional completo [...] ou, até mesmo, um suicídio ou homicídio. Ao mesmo tempo, a família provavelmente continuará a ter sentimentos fortes protetores do dependente. [...] fato que [...] caracteriza-se pela exaustão emocional.

De tanto negar a situação e disfarçar o familiar do adicto acaba sendo, sem perceber, facilitador, provocando a progressão do quadro da dependência química, pois deixam de falar do sofrimento emocional e de outros sentimentos.

Na fala da esposa do dependente (E), fica claro, que ela não se sentia feliz, por abandonar as coisas que lhe traziam satisfação, mas ela se sentia obrigada a agir dessa forma, pois tinha o sentimento de culpa e de responsabilidade pelo marido *“[...] eu deixava minhas coisas, minha vida pra estar junto com ele, deixei meus estudos, meu trabalho, pra ficar com ele, [...]”*. (E)

Da mesma forma os pais do segundo caso (PAI1 e MÃE1), tinham essa co-responsabilidade, e acabavam se privando de viver suas vidas, se divertir, pois viviam em função da dependência do filho, *“a gente não vivia, a gente não passeava, a gente não podia ir numa festa, num churrasco, nada. Porque assim tinha medo do meu celular tocar e ser uma notícia ruim, que tava acontecendo alguma coisa com ele. Então, eu achava assim, se eu tivesse na minha casa quietinha, se acontecer alguma coisa eu posso lá socorrer ele”*. (MÃE1)

O ambiente familiar, que tem um dependente químico fica redundante um ambiente de grande ansiedade, como notamos na fala da MÃE1, ela vivia em função do filho, a espera do pior sempre, parecia que esperava uma notícia ruim a todo o momento. Ela ainda acrescenta *“Você não vive! É 24 horas pensando nisso”*. (MÃE1)

Com o agravamento do quadro da co-dependência todos aqueles sentimentos trabalhados anteriormente começam a serem expressados, a raiva, o ressentimento devido todo o sofrimento ocasionado, a dor gerada pelo desgaste

emocional da família, a vergonha da situação perante os outros, da incapacidade diante da doença, a culpa porque se sentem responsáveis pelo problema, o medo desencadeado pela ansiedade de que aconteça algo ruim, entre outros sentimentos, que são comuns pelo desgaste que a dependência química ocasiona.

No caso da Ex.M também podemos observar esse caso de co-dependência, quando ela expõe que *“[...] a forma como eu achei de ajudar era sendo conivente com as atitudes dele. Quando ele saía, eu saía junto, quando ele usava drogas tava junto, só que eu nunca usei sabe. Eu via ele usar. Acompanhava, cuidava dele e achava que isso era amar né?”* (Ex.M)

Evidencia-se a questão da facilitação trabalhada no segundo capítulo sobre os papéis característicos do co-dependente na fala da Ex.M, quando esta coloca que saia junto com ele, ficando com ele durante o uso, mesmo que tais atitudes sejam de proteção, no sentido de que não aconteça nada de “mal”, fora o uso do entorpecente, pois como bem esclarece Sanda (2001, p. 247), facilitação:

[...] é toda a atitude que tomamos e que irá colaborar com a continuação da dependência química. As atitudes de facilitação são: minimizar, controlar, proteger, assumir responsabilidades e compactuar.

Relacionando com o capítulo anterior quando trabalhamos a co-dependência, podemos observar na fala da entrevistada, aquilo que foi compreendido na teoria, que o co-dependente tem boas intenções para com o dependente, mesmo quando algumas atitudes em vez de melhorar, acabam piorando ainda mais a situação, pois os familiares estão tão envolvidos sentimentalmente com aquela condição, que acabam não sabendo quando ajudar e o momento de parar de ajudar, por faltar-lhes conhecimento da problemática e devido suas atitudes acabam se tornando facilitadores.

Conforme Sanda (2001, p. 250) o pior tipo de co-dependente é “aquele que não participa de nenhum grupo de apoio e não tem a mínima idéia de que é um co-dependente.” Esses familiares interferem de maneira incorreta durante o processo de tratamento, pois não possuem conhecimento e não buscam ajuda para o problema, tentam ajudar embasados no sentimento de culpa. Precisa-se saber lidar com a culpa, pois conforme Sanda (2001, p. 250) "enquanto ela for a base de nossas atitudes, estaremos adotando atitudes de facilitação e fases da co-

dependência”.⁷ O sentimento da culpa faz com que se perca a racionalidade e as atitudes agravam ainda mais o quadro da dependência química, por isso a necessidade de buscar ajuda, para entender a problemática enfrentada, a importância de obter conhecimento e informação sobre o assunto, para só assim conseguir ajudar realmente a reverter a situação da dependência química.

Uma vez que o familiar do adicto consiga entender os seus sentimentos na relação da dependência química e conseguir expressá-los honestamente, irá permitir que venha ficar livre de culpas, propiciando assim tomar decisões corretas para a superação da co-dependência, tornando a recuperação do familiar dependente possível.

3.3.3 A FALTA DE INFORMAÇÃO A RESPEITO DA DOENÇA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Só quem tem um familiar adicto sabe a dificuldade que é lidar com este problema. E a falta de informações, às vezes, faz com que a família atrapalhe ainda mais a situação. De acordo com que colocamos no segundo capítulo, via de regra, os familiares encontram dificuldades quando se deparam com o uso de drogas no âmbito familiar.

É na família que a prevenção ao uso de droga pode ser mais eficaz, mas para JUNIOR (2001, p.166) “[...] o medo, o preconceito, a falta de intimidade com os filhos, a desinformação e muitas vezes até a hipocrisia impede uma conversa mais franca sobre o assunto. Sobram dúvidas e inseguranças [...]”. Muitas das famílias têm o seu primeiro contato com a problemática de dependência química, quando um dos seus membros se encontra nessa situação.

Podemos constatar que a falta de informação atrapalha a recuperação do adicto e também ocasiona frustrações na própria família a respeito do tratamento, pois faz com que os mesmos adiem buscar ajuda, através da fala do PAI 2: já usado para explicar a questão do sentimento *“[...] a gente não tratava a dependência e o uso da droga como doença, a gente tratava como falta de vergonha na cara de usar um troço desse, sabe? (PAI2).*

⁷ Fases essas mencionadas no capítulo 2 desta pesquisa no item 2.1.

Conforme discorrido no cap1, p.28 “A dependência química também chamada de toximania ou de drogadição é atualmente conceituada como uma doença, que possui uma causa ligada a alterações do funcionamento cerebral. Logo a dependência química não é simplesmente “falta de vergonha na cara” ou um problema moral, como muitas vezes é tratada”.

Ainda conforme o primeiro capítulo, quando o padrão de uso é considerado dependência o usuário existe para a droga e pela droga, mantendo relação de necessidade absoluta com esta, e a droga passa a dominar a sua vida.

Podemos constatar através desta fala que hoje isso mudou, mas outrora seu pensamento era outro, é preciso que as pessoas entendam a dependência química como doença, para que se superem os estigmas, para que se busquem alternativas para a reversão deste quadro, esses estigmas são tão presentes tanto no âmbito familiar antes da busca da ajuda quanto pela sociedade em geral. Por isso é importante que se busque saber sobre a problemática tão presente em nossos cotidianos, mesmo que não haja dependentes ao redor de suas vivências, mas levando em consideração o critério de prevenção.

Esses estigmas mencionados puderam ser contemplados através do relato da Mãe1, quando expõe sua experiência ao comparecer no Amor-Exigente pela primeira vez, ela relata que no momento que se deparou com as outras famílias que participavam no grupo, sentiu que essas pessoas mencionavam coisas como: *“[...] teu filho é um dependente químico! Ou senão me olham com um ar irônico, dá impressão que tão te dizendo assim: bem-feito. Porque nós pais do dependente químico, nós sofremos muito o preconceito até dos próprios parentes porque infelizmente muita gente acha que a dependência química, é dependente químico, é bandido. Num vale nada, não presta! Então já começa aí”.*(MÃE1)

Esse preconceito sofrido, mencionado pela MÃE 1 era preconceito próprio, pois esse sentimento de pessoas olhando com acusações ao chegar ao grupo, estavam nela, porque se encontrava em um lugar onde outras também vivenciavam o problema da dependência química no âmbito família. Usando uma expressão popular “estavam no mesmo barco” e tais sentimentos de vergonha, misturado com preconceitos, estigmas, são resultado de falta de conhecimento por parte das pessoas, que não entendem ainda a dependência como doença.

Outro fator importante sobre a falta de informação é o comportamento de vítima, onde os familiares se comportam como se tivessem sido traídos pelos familiares adictos, conforme cita a Lourenço (2001, p.172)

[...] sentem-se frustrados, com certa culpa, impotentes para agir. Não sabem como e onde procurar ajuda para eles próprios e para o filho; por ignorar os recursos terapêuticos, desejam encontrar uma cura mágica que tire o indivíduo das drogas e elimine a tensão familiar.

A autora situa “procurar ajuda para eles próprios e para o filho”, mas levamos essa análise numa perspectiva mais ampla, pois como citamos no segundo capítulo, não são apenas os filhos que podem ser dependentes, mas qualquer membro da família pode estar doente e a dor gerada nos familiares é a mesma sentida pelo dependente.

Todos querem uma resposta rápida para a problemática das drogas, conforme cita a MÃE 2, quando começou sua experiência no grupo Amor-Exigente: *“[...]a gente ia um pouquinho, e a gente parava porque a gente queria respostas imediatas, mas não tem uma receita, né? [...]” (MÃE2)*, e também a MÃE1 relatou que se questionou de estar freqüentando o Amor- Exigente: *“[...] eu via sim, eu não sou doente, né? Eu não sou doente o que eu to fazendo aqui? Eu não preciso, [...]” (MÃE1)*.

Nessas duas experiências constatamos bem o que a falta de informação ocasiona para os familiares, eles não se reconhecem como papel fundamental na melhoria do quadro do dependente e os sentimentos de culpa e vergonha estão sempre presentes.

Desta forma, constatamos que o fator que ocasiona maior conseqüência pela dependência química é de caráter emocional, pois envolve as relações entre os membros da família, tornando esses laços mais frágeis conforme o agravo da doença. É por esse motivo que a família é tão fundamental para a superação da doença pelo familiar adicto.

Relembrando que a falta de informação também colabora para comportamentos errôneos por parte dos familiares para tentar ajudar, segundo mencionamos, pois a família não sabe como tratar a situação: *“A gente dava liberdade, e talvez naquele determinado momento não precisava dar liberdade pra ele, e dizer não você não vai, fique aqui”.*(PAI2)

Com a informação da problemática o familiar buscará ajuda, e compreenderá que algumas atitudes por mais simples e cheias de boas intenções que possam ser, pode acabar agravando a doença.

Portanto, toda família precisa de tratamento, não apenas o indivíduo identificado, pois o âmbito familiar está incluído no complexo problema da dependência química, logo a família é o contexto mais próximo do indivíduo e o transtorno não está instalado somente nele, mas na família toda.

É importante, situarmos o processo de tratamento familiar e sua importância para a melhoria da dependência química, porém acreditamos ser importante darmos ênfase na abordagem familiar utilizada pelos sujeitos entrevistados, a qual é o universo dessa pesquisa.

Durante a entrevista, contemplamos a importância do grupo de ajuda Amor-Exigente, para a superação da doença, no âmbito familiar assim como o tratamento dos familiares nas mudanças de comportamento e melhoria na qualidade de vida.

3.3.4 A IMPORTÂNCIA DO GRUPO DE APOIO AMOR-EXIGENTE, PARA COMPREENDER A DEPENDÊNCIA COMO DOENÇA E PARA AS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO DOS FAMILIARES COM O ADICTO, NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.

Durante todo o desenvolvimento deste trabalho focalizamos a importância da família para o tratamento da dependência química e recuperação do adicto, abordamos algumas dificuldades presentes nesse processo, comportamentos errôneos por falta de conhecimento sobre a temática e a importância de compreender a dependência química como uma doença. Porém, nem sempre essa compreensão é fácil, por todos os motivos anteriormente elencados, é preciso buscar ajuda para encontrar soluções.

Assim sendo daremos ênfase para uma das modalidades terapêuticas na abordagem familiar no quadro da dependência química que é o grupo de auto e mútua ajuda: Amor-Exigente.

Através das falas dos sujeitos, notamos a importância que o Amor-Exigente teve para as mudanças de comportamento dos familiares e melhoria no quadro de co-dependência, pois conforme mencionamos a falta informação a respeito da problemática e algumas atitudes equivocadas acabam atrapalhando o processo de tratamento.

Para lembrar o Amor-Exigente é um grupo de apoio no qual os próprios membros se ajudam, na tentativa de mudar seus comportamentos e, conseqüentemente, os comportamentos dos familiares dependentes.

A maioria das pessoas que procuram o Amor-Exigente são familiares em busca de apoio, que chegam machucados, sofridos, cheios de medo e pudor, e no grupo encontram, através da partilha de suas experiências, soluções na melhoria de suas atitudes.

Pudemos constatar através das entrevistas a importância que o Amor-Exigente teve na vida dessas famílias para a melhoria da qualidade de vida, conforme o PAI 1 relata sobre as dificuldades enfrentadas durante o processo de reconhecimento que necessitava tanto quanto o filho de tratamento: *“O Amor-exigente que ajudou muito a gente né, a agüentar, se você não tiver isso aqui, você não consegue, né?” (PAI1)*

Conforme trabalhado no segundo capítulo, dentro do âmbito familiar existem algumas idealizações projetadas pelas famílias e ao se encontrarem envolvidos em situações que contradizem essas expectativas, se sentem perdidos sem saber como lidar com o problema.

Verificamos que o grupo de apoio, representa para esse pai, importante fonte de apoio, para saber lidar com o quadro de dependência do filho, ele enfatiza isso ao mencionar que sem o grupo, sem as partilhas e orientações, isso não seria possível. Podemos ressaltar essa afirmação através de outro sujeito, ou seja, a esposa do dependente recuperado, que destaca essa importância de participar de grupos de apoio *“a gente vai lá e sai renovado, a gente encontra apoio, encontra amigos, partilha a vida, às vezes não tem ninguém em casa para conversar lá no amor exigente, é o conforto né?” (E)*. O Amor-Exigente passa a ser na vida dos familiares uma rede de ajuda, pois cada um dos participantes, ao compartilhar busca soluções para melhorar o problema, como já discorremos não existe uma receita pronta e as mudanças não acontecem de forma rápida, é um passo de cada vez.

Essa rede de ajuda pode ser visualizada através da MÃE 1 que coloca *“[...] ah, com certeza, porque sozinho você não consegue. De jeito nenhum, porque veja bem ali você partilha, você conta sua história, você de repente vê uma mão estendida pra você, tem um conselho certo numa hora certa e é pra nós pais não ficarmos co-dependente, porque se você não vem buscar apoio, você fica doente.” (MÃE1)*

Conforme Drummond e Filho (2005, p. 23) “a família aprende uma nova forma de viver, deixar de flutuar ao sabor do vento, tem regras conhecidas e

acatadas por todos”, isso não significa que os dependentes vão mudar seus comportamentos, após os pais mudarem suas atitudes dentro do lar, mas vai permitir que os familiares encontrem um equilíbrio, e aos poucos, a família consegue perceber que não é refém da conduta inaceitável do dependente.

A MÃE 2 transmite essa mudança quando diz não para o seu filho, começa a perceber os erros vai mudando as atitudes tomadas, os comportamentos: *“você vai aprendendo a dizer não e você sabe que o outro vai se revoltar, mas vai passar, vai ter a crise, mas vai passar, então tem que saber a hora de dizer não, tomar atitude, [...]”* (MÃE2). O PAI 2 complementa que o Amor-Exigente possibilitou que estendesse sua responsabilidade perante a questão, porém sem sentir culpado pelo problema: *“[...] e hoje eu sei que a minha parte, eu fico tranquilo porque eu fiz. E as falhas atrás eu corriji, que o amor-exigente ajuda a perder essa culpa. Não fui eu que coloquei a droga na mão dele, ele procurou, eu talvez não soube ver antes socorrer ele na hora que precisava, então o amor exigente ajudou muito, é muito difícil [...]”* (PAI2)

O pai coloca a dificuldade de mudar, que é uma questão bastante importante, muitas das vezes queremos tanto a mudança no outro e esquecemo-nos de nós mesmo mudarmos, esse é um dos princípios trabalhados nas reuniões do Amor-Exigente. Claro que é complicado, mas necessário e participar do grupo ajuda nessa mudança de comportamento, pois a cada princípio vivenciado durante as reuniões os familiares encontram “coragem e condições [...], para que, passo a passo, eliminem as atitudes inadequadas”. (MENEZES, 2001, p. 215)

A MÃE 1, compreende que necessita do grupo para a mudança de atitudes *“você começa a ver que aquilo ali é uma necessidade muita grande, que sozinho você não vence, que você precisa de um grupo de apoio.”* (MÃE1)

É importante voltarmos na questão das discriminações e preconceitos pois, muitas vezes os familiares e até mesmo o próprio dependente se sentem tão discriminados, tem a sensação de que são únicos e isolados em seu sofrimento, por isso ter um grupo de apoio onde compartilham suas vivências e percebem que seu problema é comum a outras pessoas, facilita o tratamento e a recuperação.

Conforme Melo e Figlie (2004, p. 361):

A abordagem grupal entra como um contraponto, oferecendo meios para que esse indivíduo se perceba como parte integrante do grupo, com o qual se identifica, vindo pelo sofrimento, pela experiência e pelos anseios do outro, parte de sua própria história. A sensação de pertencimento e de experiência compartilhada com pessoas ‘iguais’ a ele auxilia-o a criar saídas para o isolamento e a solidão.

Os indivíduos têm maior propensão a perceber a si mesmo no outro, portanto o alvo das reuniões do Amor-Exigente são problemas comuns a todos os participantes, no caso o comportamento do dependente e os seus próprios, permitindo a busca por soluções.

O Amor-Exigente é tão importante para as famílias que participam que mesmo após o término das reuniões o familiar adicto estar em sobriedade, muitos dos familiares continuam freqüentando o grupo, passam a viver aqueles preceitos como estilo de vida, assim sendo a MÃE1 relata que *"[...] ele encerra o tratamento. Mas eu quero continuar o Amor-Exigente, porque o Amor-Exigente fez bem pra mim sabe?" (MÃE 1).*

Entendemos que o Amor-Exigente tem um valor imenso para essas famílias, assim sendo compreendemos que participar do grupo de mútua ajuda proporciona resultados positivos para superação de todos os sentimentos e revoltas, que a dependência química propicia dentro do âmbito familiar. Podemos notar essa importância e que realmente o grupo ajuda nessa mudança de atitude e superação da co-dependência através do relato do PAI 2: *"[...] saber como ajudar é só o Amor-Exigente, não posso dizer se tem outro processo ou não sabe, porque eu conheço só o Amor-Exigente, e ele nos ajudou muito, ajudou e ta ajudando até hoje sabe?" (PAI2)*

O Amor-exigente propicia essas mudanças de comportamentos e atitudes, que o familiar, via de regra, costuma ter quando deparam-se com a dependência, após ter a informação a respeito da problemática, se torna mais fácil trabalhar para superá-la, pois saberão de que forma agir diante dos fatos, não tomando atitudes erradas e que atrapalham no tratamento. Notam-se essas mudanças de atitudes através da fala da Ex.M: *"[...] eu aprendi que eu não era responsável pelas escolhas dele, né? Eu tinha uma filha, eu tinha que me amar e amar minha filha, ele não. Que não ia acabar o mundo se eu me separasse dele, sabe? Que eu não ia morrer e nem ele, né? Que ele ia largar das drogas por ele e não por mim." (Ex.M)*

A culpa dos familiares a respeito da dependência do adicto vai perdendo espaço para tomadas de atitudes, para mudar suas vidas propiciando uma melhor qualidade de vida, preparando os familiares para a situação adversa e a forma de enfrentar a situação sem correr o risco, de se prejudicar, pois ter conhecimento permite que saibamos agir diante dos fatos.

O PAI 1 declara: “[...] *porque em casa você não desabafa, com o próprio familiar, com a esposa ou a filha, né, um pai que seja, e aqui você desabafa. Você tá em reunião uma fala uma coisa, tá todo mundo no mesmo barco [...]*” (PAI1), dessa forma o grupo de apoio fornece aos familiares acolhimento, solidariedade e amplia o conhecimento sobre a doença, oportunizando mudanças de comportamentos, pois encontram pessoas que enfrentam dificuldades semelhantes, buscam soluções em conjunto com o grupo.

Assim sendo Drummond e Filho (2005, p. 20) relata:

A aplicação dos princípios e da filosofia do Amor-Exigente tem permitido a muitas famílias lidar de modo eficaz com as dificuldades que não têm nenhuma relação com o descontrole propiciado pelo uso abusivo de drogas.

Para finalizar colocamos a fala da MÃE 1 sobre a importância do grupo: *“É o teu remédio, né? Se você não toma remédio você não sara. Então você toma toda a quarta-feira uma dose e você vai entendendo, vai sarando”*(MÃE1). Através dos relatos ouvidos e orientação por parte dos coordenadores do grupo vai se tornando possível entender a necessidade das mudanças de comportamentos da família e fazendo com que os familiares entendam que não devem ficar só na expectativa de mudanças apenas no outro, no caso o dependente químico, mas precisam realizar mudanças em si próprias para buscar a recuperação.

3.3.5 O TRATAMENTO DESSAS FAMÍLIAS, APÓS A ACEITAÇÃO DO PROBLEMA E A IMPORTÂNCIA DA TOMADA DE ATITUDE POR PARTE DOS FAMILIARES, A FIM DE REVERTER O QUADRO DE CO-DEPENDÊNCIA.

Como mencionamos é preciso que haja mudanças de comportamento pelos familiares, uma vez que nada adiantará o dependente químico concluir o tratamento se o âmbito familiar ainda estiver doente, não se pode ter uma visão de que apenas o dependente é doente e o único com necessidades de tratamento, pois é natural que diante das dificuldades, preocupações e frustrações que todos os membros das famílias adoeçam.

Conforme diz a Ex.M sobre seu comportamento doentio, antes de procurar ajuda: *“E ele ficou internado e aí me chamaram porque existia a importância da família ajudar, que eu era uma peça importante, eu e minha filha na recuperação dele, [...] E daí eu comecei a ajudar no tratamento dele. Só que mesmo assim eu estava doente e não sabia, né? Eu podia não usar drogas, mas era uma doença comportamental, né? Que é o pior de tudo.”* (Ex.M)

Donde compreendemos que é muito comum a ênfase em tratar o dependente químico e esquece-se que ele faz parte de um núcleo que direta ou indiretamente, colabora para a recuperação e até mesmo para colaborar para agravar a doença da dependência química.

É de suma importância que os familiares busquem alternativas para superar a dificuldade, conforme Allan (2011, s/p):

“[...] faz-se necessário [...] uma terapia individual ou familiar, com o objetivo de facilitar a compreensão e aceitação não só da doença, mas das mudanças que se fazem necessárias em seus próprios comportamentos”.

É normal que os familiares não compreendam essa necessidade de se tratar, de buscar ajuda para si próprios como afirmou a Mãe 1: *“Eu não preciso, só que daí você começa a ver, aí você começa a partilhar, né? Daí você começa a ver que aquilo ali é uma necessidade muito grande, que sozinho você não vence, que você precisa de um grupo de apoio [...].”* (Mãe1)

Podemos claramente entender essa situação a partir da citação:

A família tem um papel extremamente importante na recuperação do dependente químico. Ela não só pode, mas deve ajudar seu ente querido na busca da libertação de tão grande mal. Entretanto, muitas vezes, o caos que se instala na família e a fragilidade emocional à qual acaba submetida, quase sempre a impede de exercer adequadamente seus papéis. A família pode ser a "escada de ascensão" no processo de recuperação e posterior manutenção na medida em que o ajuda a resgatar valores, princípios e auto-estima, mas, ao atuar como facilitadora e com atitudes inadequadas, poderá ser o "gatilho" disparador, que o levará à recaída de comportamentos, à irresponsabilidade e, certamente, ao uso de substâncias. A constatação dessa dura realidade, ou seja, o deixar-se vencer pela doença, o levará a sentimentos de menor-valia, desânimo, frustração e descrença na própria capacidade de recuperação. (ALLAN, 2011, s/p)

O âmbito familiar é o lugar onde as expectativas são construídas, através dos laços afetivos, através das interações entre os membros, dependendo de como isso acontece podem haver distúrbios comportamentais, pois os laços afetivos ou a

falta deles, como citado no segundo capítulo deste trabalho, é um dos fatores para que exista a dependência química dentro do lar, a questão de laços fragilizados, falta de limites e diálogos, pode ocasionar a perda de valores norteadores de uma determinada família, pois não tem algo a se espelhar.

Com as famílias que entrevistamos percebemos que isso não era particular delas, conforme nos foi relatado tinham um bom relacionamento familiar, mantinham os papéis familiares bem organizados e por esses motivos o uso da droga pelo familiar não era compreendida, o que proporcionou grande desgaste emocional. Apenas em uma situação vemos a questão desses limites e diálogos exposto pelo PAI 2, que nos relata que sente que poderia ter feito mais: *“[...] então a gente não tinha um certo conhecimento, eu não tinha uma afetividade muito grande assim, eu atendia, cuidava, fazia tudo, mas sabe, hoje eu sei que minha atenção não era 100% ou 90% pra eles, sabe? Porque serviço, trabalhava, e tinha que fazer e mudava pra Curitiba, nós mudamos e voltamos, então teve esse processo que hoje eu sei que não dava atenção”.* (PAI2)

Constatamos nessa fala a relação com o capitalismo que mencionamos no capítulo anterior, a correria do dia a dia, que faz com que os familiares não passem tempo juntos, esgarçando os laços afetivos, e, muitas vezes, impossibilitando a construção de projetos de vida saudáveis.

Allan (2011, s/p) expõe:

O dependente químico tem que ter na família sua rede de apoio. Que ela seja seu porto seguro, cuidadora no sentido de orientar e dar limites, sinalizadora dos comportamentos de recaída na medida em que o dependente químico deixa de cumprir tudo aquilo que é sugerido.

Mesmo após o tratamento do adicto a família tem uma grande importância para que não venha ocorrer a recaída, por isso é tão importante que enquanto o dependente se trate, os familiares busquem tratamento para os seus comportamentos, para superar a co-dependência em relação ao adicto, e que esses comportamentos errôneos não venham contribuir para que não ocorra a melhora da doença.

Desta forma a MÃE1 relata: *“A partir do momento que você passa a aceitar a tua situação já melhora, [...] a mudança, né? A gente vê que não tem culpa, a gente vê as raízes, o porque, você vai, a cada princípio que você vai participando, você vai fazendo uma análise. Ai você passa 24 horas por dia se perguntando, aonde eu errei, aonde eu falhei? Só que nem eu falhei, hoje depois que você vem no Amor-*

Exigente que você partilha, você percebe que não. Eu tenho uma responsabilidade, mas não uma culpa.”
(MÃE1).

O foco de terapia familiar nesse trabalho é o grupo de apoio e o universo de pesquisa foi o Amor-Exigente, e como podemos constatar essa modalidade é muito efetiva, a partir das entrevistas vimos o quanto participar destas reuniões foram de grande valia aos familiares dos adictos, pois entenderam a dependência química como doença e compreenderam que precisavam mudar suas atitudes perante a situação.

Assim sendo, percebemos a importância de se procurar ajuda e que sozinho essa problemática fica ainda pior, e segundo orienta Allan (2011, s/p):

[...] existe a importância da busca de estruturas adequadas, tais como: profissionais especializados, grupos de apoio (AA, NA, Amor Exigente) etc, que a oriente e contribua no sentido de habilitá-la para conviver adequadamente com este mal. Caso contrário, só se agravará o caos e a disfuncionalidade estabelecida nesta família.

O PAI 2 declara: *“[...]saber como ajudar é só o Amor-Exigente, não posso dizer se tem outro processo ou não sabe, porque eu conheço só o Amor-Exigente, e ele nos ajudou muito, ajudou e ta ajudando até hoje sabe. (PAI2)*

A partir desses relatos observamos o quanto a família é importante na recuperação e superação das dificuldades no tratamento do dependente químico, e assim como o próprio tratamento dos familiares, pois é necessário que a família compreenda o problema e busque agir de maneira correta com aquele que se encontra no processo de tratamento ou até mesmo concluiu essa etapa.

Também faz se necessário que o familiar não tente carregar o fardo da dependência química sozinho, pois é comum entre os familiares dos adictos, se colocarem como únicos responsáveis para que o dependente melhore porem, cabe ao dependente químico fazer a parte dele nesse processo, assumindo suas escolhas e responsabilidades pelos seus atos. Só assim o adicto e a família estarão em pleno processo de recuperação.

Assim sendo, a atuação da família é sempre de vital importância para essa superação, no sentido de ajudar o dependente a resignificar a vida, da forma mais ampla possível, ou seja, mostrar ao dependente que viver de forma digna, saudável é possível.

No segundo capítulo Macedo (1994, p. 63), nos possibilitou compreendermos que a família é “[...] refúgio seguro para onde se volta depois das batalhas do cotidiano – lugar de paz, amor e harmonia entre as pessoas, onde reina a camaradagem, a fraternidade”.

Com isso concluímos que mesmo que os familiares adictos não corresponderam às expectativas das suas famílias, no que se trata dos valores, onde tais atitudes proporcionaram grandes decepções, os vínculos afetivos mencionados no segundo capítulo não foram rompidos, mesmo em relação a Ex.M, pudemos constatar que após a separação do casal existe o contato, o querer bem, o carinho. Os familiares mostraram-se presentes no convívio familiar, pois sempre que o familiar adicto recorria a eles estavam dispostos a ajudar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho de conclusão de curso deu-se a partir de diferentes experiências vividas no decorrer da realização de estágio curricular junto ao Programa Pró-Egresso.

Teve como intuito compreender as problemáticas enfrentadas pelas famílias co-dependentes no contexto do Programa Amor-exigente no município de Ponta Grossa - PR.

Para isso explanamos no primeiro capítulo a questão das drogas psicotrópicas separando-as conforme sua atuação no Sistema Nervoso Central (SNC), onde elencamos as principais drogas.

Compreendemos que este capítulo foi de suma importância para a elaboração do trabalho, pois entendemos que discutir a questão das drogas e da dependência química na atualidade é primordial porque essa temática está tão presente que seria impossível compreender os impactos que a dependência química causa dentro do âmbito familiar, se não tivéssemos essas noções explicitadas no primeiro capítulo.

A partir desta compreensão, procuramos descrever os efeitos causados pelas drogas naqueles que fazem uso e/ou dependem dela e como tal fato atinge a família, discorrendo sobre a co-dependência. As teorias estudadas e trabalhadas nos dois primeiros capítulos forneceram-nos embasamento teórico, propiciando assim, subsídios para realização de uma análise consistente, presente no terceiro capítulo.

Nessa perspectiva contemplamos a questão da co-dependência e a importância da família procurar ajuda para si, no sentido de mudar comportamentos errôneos e superar a doença da dependência química que aflige não só o dependente, mas a família como um todo. Assim sendo, concluímos que a família é fator primordial para o enfoque na terapia do adicto, pois necessita que exista mudanças em todo o estilo de vida, para prevenir o fenômeno da recaída.

Muitas vezes, é dada tanta importância para o tratamento do dependente químico e esquecem que o mesmo tem relacionamentos com outras pessoas, que assim como o dependente o familiar precisa buscar ajuda. Foi esse motivo que nos impulsionou a realizar a pesquisa, compreender os impactos sofridos pela família pela dependência de um de seus membros.

Tal fato acaba gerando um sentimento de indignação por parte dos familiares, visto que não compreendem como um ente querido envolveu-se com drogas frente a toda boa educação dedicada a este.

Concluimos também que, em suma, os familiares não sabem como trabalhar a questão da dependência química, quando se vêem com o problema envolto do seu lar, por isso a importância do Amor-Exigente para essas famílias, participar do grupo foi primordial para o entendimento da dependência química como doença, pois conforme observamos através das falas dos entrevistados, a falta de informação contribuiu para que os familiares tomassem atitudes erradas para com os dependentes, atrapalhando os mesmos durante o processo de tratamento e também para agravar o quadro da co-dependência deixando o âmbito familiar em crise, então o grupo Amor-Exigente é uma modalidade terapêutica eficaz para essas mudanças de comportamentos frente ao dependente químico.

Observamos ainda, que muitos sentimentos tornam-se constantes na relação do dependente químico com a família, frente a tantas mudanças de atitudes e emoções e as oscilações de humor e sentimentos diante da doença. O Amor-Exigente foi o lugar onde a família conseguiu ter esperança em relação ao dependente químico e começaram a se enxergar com responsabilidades, porém não culpa perante a situação do familiar adicto.

Retomamos uma citação já mencionada neste trabalho onde Macedo (1994, p.63) nos remete que a família é o “[...] refúgio seguro para onde se volta depois das batalhas do cotidiano – lugar de paz, amor e harmonia entre as pessoas, onde reina a camaradagem, a fraternidade”.

Dessa forma, compreendemos a grande importância da família para a superação da doença da dependência química, porém deve-se lembrar que não pode carregar o fardo sozinho, pois o dependente químico precisa arcar com suas responsabilidades diante desse processo, tendo isso o âmbito familiar como um todo estará em pleno processo de recuperação.

Notamos que apesar de tanta dor e sofrimento acumulados pela dependência química no lar, os familiares não se negaram a fornecer apoio em nenhum momento, os vínculos afetivos não foram rompidos, usaram o passado para se fortalecer numa nova caminhada, após a decisão de enfrentar a doença.

O desenvolvimento deste trabalho foi motivado pelo intuito de buscar conhecimentos para o aprimoramento da prática profissional do Assistente Social

junto aos usuários e/ou dependentes químicos e suas famílias, através do entendimento do objeto estudado.

Entretanto, sabemos que a pesquisa é um procedimento consecutivo que nunca se dará por pronto e acabado, porque a realidade é dinâmica, passando por diversas variações durante o tempo. Este trabalho contribui para a compreensão da problemática da dependência química, porém é fruto de um determinado momento histórico e pode vir a ser motivador de realizações de outras pesquisas voltadas ao mesmo objeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLAN, Yolanda Vaz. **O papel da família na internação**. Disponível em: <<http://www.amorexigente.org.br/exibir.asp?haberID=156>>. Acesso: 27 de setembro de 2011

BALTIERI, Danilo. **Como a família pode lidar de forma construtiva com o dependente químico?**. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vyaestelar/familia_co_dependente.htm>. Acesso em 01 de setembro de 2011.

BLEFARI, Anete de Lourdes. **A família e a drogadição**. Disponível em: <http://www.sobresites.com/dependencia/pdf/Familia_e_a_Drogadiccao.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social. (SUAS)**. Senado Federal. Brasília: 2004.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069 promulgada em 13 de julho de 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1997.

_____. **Um guia para a família**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

_____. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**. Disponível em <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em 08 de março de 2007.

_____. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. Livro informativo sobre Drogas psicotrópicas. São Paulo, 2003. Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo.

BALLONE, G. J. **Codependência**. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=392&sec=34>> Acesso em 18 de abril de 2008.

CALDERÓN, A. I; GUIMARÃES, R. F. **Família: a crise de um modelo hegemônico**. In: Revista Serviço Social e sociedade. nº 46, São Paulo: Cortez, 1994.

CESAR, Bel. **Co- dependência: Quando uma pessoa independente suporta e incentiva a dependência do outro**. Disponível em: <<http://somostodosum.ig.com.br/conteudo/conteudo.asp?id=04447>> Acesso em 30 de outubro de 2010.

CHIZZOTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências humanas e sociais**. 8ª ed, São Paulo: Cortez, 2006.

DIAS. Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. São Paulo: Revista dos tribunais, 2006.

DRUMMOND. Marina Canal Caetano; FILHO. Hélio Caetano Drummond. **Amor-Exigente: Espiritualidade – Uma nova vida**. 3ª ed, São Paulo: Loyola, 2005.

FERREIRA. Montezuma Pimenta. Tabaco. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado e Educação FUNDAÇÃO ROBERTO MARINHO. **Tá na Roda: Uma conversa sobre drogas**. São Paulo, 2004. Cap. 7, p. 111- 125.

FIGLIE. Neliana Buzi. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

FRACASSO. Laura. **Características da comunidade Terapêutica**. In. SERRAT, Saulo Monte (org.). **Drogas e Álcool – Prevenção e Tratamento**. Campinas: Komedi, 2001.

JUNIOR. Alcino Therezo. **A prevenção primária**. In. SERRAT, Saulo Monte (org.). **Drogas e Álcool – Prevenção e Tratamento**. Campinas: Komedi, 2001.

JUSTINO, Nathália. **Uso de Drogas na adolescência e seus impactos no âmbito familiar**. Disponível em: <<http://monografias.brasilecola.com/sociologia/uso-drogas-na-adolescencia-seus-impactos-no-ambito-.htm>>. Acesso em 29 de agosto de 2011.

KOSOVSKI. Ester. **Drogas, Alcoolismo e Tabagismo**. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 1998.

KRUPNICK, Louis; KRUPNICK, Elizabeth. **Do desespero à decisão: Como ajudar um dependente químico que não quer ajuda**. São Paulo: Bezerra, 1995.

LOSSACO, Silvia. **O Jovem e o contexto familiar**. In: ACOSTA, A. R; VITALE, M. A. F. (org). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2005.

PICCHI. Mário. **Vencer a Droga: experiências, prevenção e envolvimento**. São Paulo: Paulinas, 1996.

LOURENÇO. R. A. **A Família do dependente químico**. In. SERRAT, S.M. (org). **Drogas e Álcool: prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001.

MACEDO, Rosa Maria. **A Família do Ponto de Vista Psicológico: Lugar Seguro para Crescer**. In: Caderno de Pesquisa, nº 91. 1994. Disponível em <<http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicações/cp/arquivos/788.pdf>>. Acesso em 30 de julho de 2011.

MARLATT, B.C. **Tipos de Drogas e padrões de uso.** In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado e Educação FUNDAÇÃO ROBERTO MARINHO. Tá na Roda: Uma conversa sobre drogas. São Paulo, 2004. Cap. 4, p. 59- 73.

MELLO, Denise Getúlio de; FIGLIE, Neliana Buzzi. **Psicoterapia de Grupo e Outras abordagens Grupais no Tratamento da Dependência Química.** In. FIGLIE, N. B. (org). Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004.

MENEZES, Mara Sílvia C. de. **O que é o Amor-Exigente?** In. SERRAT, S.M. (org). Drogas e Álcool: prevenção e tratamento. Campinas: Komedi, 2001.

MENEZES, Mara Sílvia C. de. **Prevenção com Amor-Exigente, antes que coisas ruins aconteçam.** 4º ed. Campinas: Loyola, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

NASCIMENTO, Ivany Pinto. **Projeto de vida de adolescentes do ensino médio: um estudo psicossocial sobre suas representações.** 2005. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1413666X2006000100004&script=sci_arttext>. Acesso em 29 de agosto de 2011.

OLIEVENSTEIN, Claude e colaboradores. **A clínica do toxicômano: a falta da falta.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul LTDA, 1989.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

PAYÁ, R; FIGLIE, N.B. **Abordagem Familiar em Dependência Química.** In. FIGLIE, N. B. (org). Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004.

PEREIRA, Alexandra Diniz Alves. **A família no Tratamento da Dependência Química.** Itajai, 2008. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Direito, Universidade do vale do Itajaí. Disponível em <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Alexandra%20Diniz%20Alves%20Pereira.pdf>> Acesso em 30 de julho de 2011.

RIBEIRO, Carolina Pedrollo. **Dependência Química: impactos nas Relações Familiares.** Ponta Grossa, 2008. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual de Ponta Grossa.

RICHARDSON, Robert Jarry (col.). **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3 ed., São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZINI, I. et.al. **Pesquisando: Guia de Metodologias de pesquisa para programas sociais**. Rio de Janeiro: Universitária Santa Ursula, 1999.

ROMANELLI, Geraldo. **Autoridade e poder na família**. In: CARVALHO, M. do C. B. de (org). *Família contemporânea em debate*. 2ª ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995.

SANDA, L. O. **A co-dependência**. In. SERRA, S.M. (org). *Drogas e Álcool: prevenção e tratamento*. Campinas: Komedi, 2001.

SANTOS, Angie Wenceslau. **Drogas – Um sintoma social. Formas de enfrentamento e prevenção no Espaço Universitário**. Ponta Grossa, 2008. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual de Ponta Grossa.

SARTI, C. A. **Famílias enredadas**. In: ACOSTA, A. R; VITALE, M. A. F. (org). *Famílias: redes, laços e políticas públicas*. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2005.

SARTI, C. A. **Família e individualidade um problema moderno**. In: CARVALHO, M. do C. B. de (org). *Família contemporânea em debate*. 2ª ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995

SIQUEIRA, Alessandro Marques de. **O conceito de família ao longo da história e a obrigação alimentar**. Disponível em <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/17628.htm>>. Acesso em de junho de 2011.

SOUZA, Alcides de. **As cinco fases da Co-Dependência**. Disponível em <http://www.unioeste.br/projetos/teia/docs/as_cinco_fases_da_co_dependencia.pdf> Acesso em 30 de outubro de 2010

SOUZA, Thalita Arnaud de. **Desvelando o contexto das Comunidades Terapêuticas no Município de Ponta Grossa- Pr. Ponta Grossa, 2008**. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual de Ponta Grossa.

SZYMANSKI, H. **Teorias e “Teorias” de famílias**. In: CARVALHO, M. do C. B. de (org). *Família contemporânea em debate*. 2ª ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995.

SALAZAR, M. C. **Resignificando valores na família: Em busca de uma nova Ética**. Disponível em <<http://www.revistapsicologia.com.br/revista44D/index.htm>>. Acesso em 10 de julho de 2011.

VITALE, M. A. F. (org). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2005.

TERUYA, M. T. **A família na historiografia brasileira: bases e perspectivas teóricas**. Disponível em <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/A%20Fam%C3%ADlia%20na%20Historiografia%20Brasileira....pdf>>. Acesso em 10 de julho de 2011.

TWERSKI, Abraham M. D. **Como proceder com o alcoólatra.** São Paulo, Paulinas/Reindal: 1986.

VISCOTT, David Steven. **A linguagem dos sentimentos.** São Paulo, Summus: 1982.

APÊNDICE- ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

Roteiro das entrevistas realizadas com as famílias que participam do Grupo de auto- mútua ajuda Amor Exigente do município de Ponta grossa- Pr

1. Qual é a sua experiência em torno da dependência química?(de seu filho, esposo, como percebeu/ há quanto tempo ele/ela já usava)
2. Como vocês da família perceberam a necessidade de procurar ajuda?
3. Ao perceberem o problema vocês se sentiram co-responsáveis por ele?
4. Como o amor exigente tem ajudado nessa questão?
5. Quais foram as dificuldades que enfrentaram ou enfrentam nesse processo de tratamento? (se reconhecem como co-dependente?)
6. Como era o relacionamento familiar antes da dependência química? (questão do diálogo e limites fragilizados)

ANEXOS A- CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso
CESSÃO GRATUÍTA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL

Pelo _____ presente _____ documento, **eu**

Entrevistado(a): _____,

RG: _____ emitido pelo(a): _____,

domiciliado/residente em (Av./Rua/no./complemento/Cidade/Estado/CEP):

declaro ceder ao (à) Pesquisador(a):

CPF: _____ RG: _____, emitido

pelo(a): _____,

domiciliado/residente em (Av./Rua/no./complemento/Cidade/Estado/CEP):

sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei ao(à) pesquisador(a)/entrevistador(a) aqui referido(a), na cidade de

_____, Estado _____, em ____/____/____, **como subsídio**

à construção de sua monografia de Conclusão do Curso de Serviço Social da

Universidade Estadual de Ponta Grossa. O(a) pesquisador(a) acima citado(a) fica

conseqüentemente autorizado(a) a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e

culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como

permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a única ressalva de garantia

da integridade de seu conteúdo e identificação de fonte e autor. -----

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

(assinatura do entrevistado/depoente)

(Adaptado do CEDIC-Centro de Documentação e Informação Científica "Professor Casemiro dos Reis Filho" - PUC/SP)

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Declaração de Compromisso Ético

Responsabilizo-me pela redação deste Trabalho de Conclusão de Curso, atestando que todos os trechos que tenham sido transcritos de outros documentos (publicados ou não) e que não sejam de minha autoria estão citados entre aspas e esta indicada a fonte e a página de que foram extraídos (se transcritos literalmente) ou somente a fonte (se apenas utilizada a idéia do autor citado).

Declaro ter conhecimento de que posso ser responsabilizado legalmente caso infrinja tais disposições.

Ponta Grossa, 14 de outubro de 2011.

Ana Paula Rocha
R.A. 081040265