

LUCIANA CRISTINA ESCUDERO

**CAPS II- INFANTO JUVENIL VILA MARIANA DO PROJETO QUIXOTE:
ANÁLISE DAS FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
DROGA**

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo – 2015

LUCIANA CRISTINA ESCUDERO

**CAPS II - INFANTO JUVENIL VILA MARIANA DO PROJETO QUIXOTE:
ANÁLISE DAS FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
DROGA**

Monografia de aproveitamento do curso de
Especialização em Terapia Familiar e de
Casal da Pontifícia Universidade Católica
de São Paulo sob orientação da Prof^a. Dra.
Rosa Maria Stefanini de Macedo.

SÃO PAULO

2015

LUCIANA CRISTINA ESCUDERO

**CAPS II - INFANTO JUVENIL VILA MARIANA DO PROJETO QUIXOTE:
ANÁLISE DAS FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
DROGA**

Monografia de aproveitamento do curso de
Especialização em Terapia Familiar e de
Casal da Pontifícia Universidade Católica
de São Paulo sob orientação da Prof^a. Dra.
Rosa Maria Stefanini de Macedo.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr.

Pontifícia Universidade Católica

Prof. Dr.

Pontifícia Universidade Católica

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo – 2015

Dedico este trabalho as protagonistas das histórias que aqui são reveladas, que confiaram em mim para contar a intimidade de suas vidas e que representam todas as famílias atendidas no Projeto Quixote.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à Prof^ª. Dra. Rosa Maria Macedo por sua atenção e disponibilidade pessoal. Sinto-me honrada por tê-la ao meu lado neste caminhar.

Agradeço as experiências adquiridas no Projeto Quixote, minha fonte de inspiração e aprendizado, sem o qual esta pesquisa não teria sido possível. Agradeço a Graziela e Rosimeire, cuja escuta sempre se fizeram presentes.

Agradeço a Suely Fender pela confiança e amizade sempre tão generosa e disponível. Amiga e grande responsável por meu desenvolvimento profissional e pessoal no atendimento às famílias do Projeto Quixote. Aprendi com ela que sem afeto não caminhamos.

Agradeço a Cecília Motta, pela paciência e compreensão no desenvolvimento deste trabalho e pela imensurável contribuição na construção do meu aprendizado sobre a clínica da adolescência e da droga.

Agradeço as minhas queridas professoras do Núcleo de Terapia de Família e Casal da PUC/SP, cuja delicadeza, competência e sabedoria me inspiraram nos atendimentos familiares. Agradeço em especial a Liz Luisi, pela eterna amizade, grande incentivadora para o meu ingresso neste curso.

Agradeço a minha amiga Elisabete Marangon, cuja amizade é incondicional e que em todos os momentos se mantém presente e tão amável.

Agradeço a Aglael, amiga e companheira nas jornadas familiares, cujas discussões contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a minha família, em especial a minha irmã, minha mãe, meu pai, ao meu marido Marcelo e ao meu amado filho Luigi, pela profunda paciência nos diversos momentos da vida.

"A família tolera e admite aquilo que a sociedade não admite,
mas só pode fazê-lo em um sistema adequado".

Claude Olievenstein

RESUMO

Escudero, L.C.. São Paulo. 2015. Monografia Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

O presente estudo tem o objetivo de apresentar a dinâmica relacional, intergeracionalmente, das famílias inseridas no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial II Infante Juvenil Vila Mariana do Projeto Quixote. A pesquisa foi desenvolvida baseada na leitura de conceitos sobre droga, do ponto de vista de diversos autores. Foram também explanados os conceitos de família e intergeracionalidade, além da adolescência, do ponto de vista sistêmico, a partir do trabalho clínico com famílias. A proposta foi desenvolvida a partir da experiência junto as famílias inseridas no programa do CAPS e que trouxeram como queixa principal o uso de drogas por parte dos seus filhos adolescentes. O critério para escolha dos familiares foi o de terem filhos adolescentes usuários de droga, ainda que não fossem dependentes. De acordo com tal critério, foram escolhidas duas famílias inseridas no grupo familiar ou atendimento individual. Para compreensão diagnóstica, foram realizados três encontros com cada participante para a aplicação do genograma, com a finalidade de levantar dados acerca de suas histórias de vida e de como seus membros se relacionavam, pesquisando os padrões relacionais com no mínimo três gerações. Os resultados evidenciaram não só as especificidades da importância de um ambiente positivo para o crescimento individual de cada membro, como a amplitude e complexidade deste, mas também a coerente relação entre a teoria e a prática. Observou-se que a estrutura familiar, bem como a dinâmica relacional entre seus membros estavam sustentadas: 1) pela presença de modelo quanto ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, tanto pelos pais, como pelos membros das gerações anteriores; 2) instabilidade familiar (abandono, violência física, psicológica e sexual, doença mental, repetição), no sentido da fragilidade de apoio da família para seus membros; 3) carência de vínculos familiares de proteção. A proposta terapêutica favoreceu ainda a reflexão frente à possibilidade de mudanças na relação das participantes com seus filhos/netos, em especial para aqueles atendidos em nosso CAPS, como também para as gerações futuras, como forma de prevenir padrões relacionais prejudiciais para seus membros.

Palavras-Chaves: Família, Repetição e Intergeracionalidade, Adolescente usuário de drogas.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO..... | 11 |
| CAPITULO I..... | 14 |
| 1.1 A Família..... | 14 |
| 1.2 Padrões de interação e intergeracionalidade..... | 21 |
| 1.3 O genograma na compreensão do uso de drogas..... | 24 |
| CAPITULO II..... | 27 |
| 2.1 A Droga..... | 27 |
| 2.2 O Adolescente e as drogas..... | 31 |
| 2.3 A família e o adolescente usuário de drogas..... | 34 |
| 2.4 A Família e seus significados: conversações possíveis..... | 39 |
| CAPITULO III..... | 42 |
| MÉTODO..... | 42 |
| 3.1 Participantes..... | 42 |
| 3.2 Procedimentos..... | 43 |
| a) Primeiro encontro:..... | 43 |
| b) Termo de consentimento da instituição:..... | 43 |
| c) Aplicação do genograma:..... | 43 |
| 3.3 Instrumento..... | 43 |
| 3.4 Local da realização da pesquisa..... | 44 |
| 3.4.1 Projeto Quixote..... | 44 |
| 3.4.2 CAPS II Infante Juvenil do Projeto Quixote..... | 45 |
| 3.4.3 Núcleo de Atenção à Família..... | 46 |
| CAPÍTULO IV..... | 47 |
| ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 47 |
| 4.1 Percurso institucional: família de Helenita..... | 50 |
| 4.2 Curso do trabalho..... | 51 |
| 4.3 Percurso institucional: família de Rita..... | 58 |
| 4.4 Curso do trabalho..... | 59 |
| CAPÍTULO V..... | 63 |
| DISCUSSÃO..... | 63 |
| 5.1 Família de Helenita..... | 63 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2 Família de Rita | 66 |
| VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 69 |
| REFERENCIAS | 72 |
| ANEXOS | 80 |
| ANEXO A – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) | 80 |
| ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZACAO DE PESQUISA JUNTO AS FAMILIAS ATENDIDAS NO PROJETO QUIXOTE | 82 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

| | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Genograma família de Helenita | 47 |
| Figura 2 - Simbologia do genograma da família de Helenita..... | 48 |
| Figura 3 - Genograma da família de Rita | 55 |
| Figura 4 - Simbologia do genograma da família de Rita..... | 56 |

TABELA

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Fatores de risco e proteção na família para o uso de drogas | 37 |
| Tabela 2 - Padrões de interação encontrados no genograma da família de Helenita | 49 |
| Tabela 3 - Padrões de interação encontrados no genograma da família de Rita | 57 |

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho nasceu da experiência como psicóloga do Núcleo de Atenção à Família do Projeto Quixote, frente ao atendimento a famílias advindas de complexa situação de vulnerabilidade social, em especial a problemática da droga entre os adolescentes.

A fim de contextualizar a questão, é preciso lembrar que a temática quanto ao uso de drogas e sua relação com o homem acompanham a história da humanidade ao longo dos tempos, passando de um uso ritualístico apenas, com finalidade de transcendência na antiguidade, para o consumo contemporâneo de busca de prazer, alívio imediato de desconforto físico, psíquico ou social, estando presente em todas as classes sociais.

Em termos gerais, o uso de drogas, em especial as ilícitas, é sistêmico e evidencia uma trama constituída pela conexão de diferentes sistemas envolvidos diretamente no processo do uso de drogas, tais como: a interação do usuário com a droga; o usuário e a família; o usuário e a lei; o usuário e o tráfico - o que revela sua complexidade, tanto em termos de análises, como de estratégias de ação e tratamento.

Observamos que, atualmente, uma das grandes preocupações dos profissionais que lidam com o usuário de drogas está ligada à importância do atendimento às famílias e orientação, bem como as estratégias terapêuticas voltadas à inserção de seus membros no atendimento, em especial quando falamos da adolescência.

Para Olievenstein (1987) torna-se fundamental, nesse tipo de trabalho, reconhecer a diferença entre usuário recreativo e o dependente de drogas; a grande maioria dos usuários de droga não é e nunca vai ser dependente do produto. Para os usuários recreativos, a droga é procurada, sobretudo como fonte de prazer, enquanto que, para o dependente, a droga é utilizada essencialmente como meio de fuga de uma realidade insuportável, e que pode ter origem nas relações estabelecidas na família. Daí a importância de se compreender a dinâmica das familiares com filhos usuários.

Quanto ao acompanhamento dos adolescentes usuários de drogas e suas famílias, o trabalho do CAPS do Projeto Quixote baseia-se na prática da redução de danos como uma das estratégias de atendimento, preconizado e estabelecido pela política pública contra as drogas

da Secretaria da Saúde. Tal prática leva em consideração um trabalho focado na redução do consumo nocivo da substância para o indivíduo e se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. No tratamento do adolescente usuário de drogas, o acolhimento da família é fundamental no processo.

Quanto à sua importância, tendo em vista que a problemática das drogas se constitui em uma questão de saúde pública, este estudo torna-se relevante no sentido de fornecer subsídios para o atendimento do usuário de drogas e sua família, com dados úteis para o atendimento familiar em instituições.

Ao mesmo tempo, essa proposta se soma aos estudos e pesquisas realizadas pelo Núcleo de Terapia Familiar e de Casal da PUC-SP e pode se constituir em contribuição na relação entre teoria e prática a respeito da eficiência da análise intergeracional das famílias cujos padrões relacionais interferem em seu desenvolvimento.

Por tudo isso, um dos pontos que me incentivaram a compreender a demanda que acolhemos está relacionado à percepção de que as queixas apresentadas, comumente, surgem vinculadas não apenas à questão das drogas, mas principalmente a dificuldades de relacionamento entre as gerações, que incluem diversos membros e composições familiares. Frequentemente, notamos diferenças entre as queixas apresentadas pelo próprio adolescente daquelas trazidas pelos responsáveis ou pela instituição que o encaminha (Conselho Tutelar, escola, Medidas Sócio Educativas, serviços de Saúde, entre outros).

No que diz respeito ao uso de substâncias, temos recebido famílias que buscam ajuda para lidar com seus filhos usuários, mas também com a exclusão social e o preconceito proveniente de seu uso. Ao longo desse processo, percebemos que as famílias chegam sem a compreensão dos motivos, em especial aqueles relacionados à dinâmica da própria família que levaram seus filhos ao uso da droga e, se esse uso, configura-se um uso indevido ou circunstancial.

Assim, para compreender as questões apresentadas pelos adolescentes e suas famílias, o estudo busca analisar as famílias do ponto de vista trigeracional, a partir da visualização do

genograma, cuja leitura parte de um eixo vertical que inclui os padrões intergeracionais transmitidos de uma geração à outra. (Macedo, 1991).

Nesse sentido, ao buscarmos entender os padrões interacionais, observamos que as famílias, cristalizadas em um discurso dominante carregado de problemas, trazem na figura dos filhos os responsáveis únicos pelos problemas apresentados em sua dinâmica. Chegam, quase sempre sem a percepção de que os comportamentos de cada membro são resultados da dinâmica relacional do grupo familiar.

Partindo da importância da compreensão da família como fonte de saúde e também de doença frente ao desenvolvimento de seus membros, o estudo vai se preocupar em oferecer um espaço no qual seja possível, através do genograma, analisar a história das famílias a partir das diversas gerações, cujo foco vai permear questões de padrões relacionados ao uso de drogas. Assim apresento nos capítulos a seguir os fundamentos teóricos que nortearam a realização deste estudo.

Com relação aos temas abordados, inicio com conceitos sobre família, padrões de interação e intergeracionalidade, bem como a importância do genograma na compreensão do uso de drogas. Em seguida, discuto a questão da droga, do adolescente usuário e sua família. Concluo com os significados presentes na família e as possibilidades de conversações.

CAPITULO I

1.1 A Família

E o fim de nossa busca será chegar onde começamos
e o lugar conhecer pela primeira vez pela
desconhecida porta que recordamos.

T.S.Eliot

Ao longo dos últimos anos, inúmeros pesquisadores provenientes de diferentes partes do mundo têm procurado compreender a influência e a importância desempenhada pela família no processo de socialização, desenvolvimento físico, emocional e cognitivo dos filhos e na prevenção de doenças e promoção da saúde (Baurim, 1971; Alvarenga & Piccininni, 2001).

Na década de 1970, costumava-se falar em “enfraquecimento das famílias” ou “famílias em crise” mediante um modelo de família ideologicamente concebido como portador de “sólidas estruturas”, tendo como referência o casamento monogâmico, apoiado no casal estável com papéis sexuais bem definidos repartidos entre os cônjuges. Com a queda da taxa de nupcialidade e o aumento de outras formas de casamento, redescobre-se, nos anos 1990, a importância dos laços familiares e da revalorização dessa instituição na sociedade ocidental contemporânea, enfocando os seus “papéis protetores” e valorizando o espaço para desenvolvimento de “relações interpessoais”. (Segalen, 1999).

No Brasil, até 1988, só se reconheciam as famílias originadas pelo matrimônio civil, nas quais o poder máximo cabia à figura masculina. Com a nova constituição, o reconhecimento da união estável ou entre qualquer um dos pais e seus descendentes, abre-se a possibilidade de construção diferente do conceito de família. Assim, a família pode ser definida como qualquer arranjo em que um dos pais vive com seus descendentes (Rapizo, 2011).

A autora também aponta que, nos últimos anos, a família vem sofrendo mudanças na estrutura e dinâmica e salienta algo importante em relação à sociedade atual. Diz que estamos diante de realidades tão intensas que influenciam as heranças e transmissão dos modelos intergeracionais. Um grande número de famílias de classe média, por exemplo, optam por um

único filho e assim vamos ter um futuro com a retração das famílias extensas que provavelmente serão substituídas pelas redes sociais.

Por outro lado, apesar das mudanças que a família sofreu nos últimos anos, Rapizo (2011), lembra que o modelo de família nuclear ainda povoa o imaginário social de forma dominante. Isso se dá em termos de expectativa, de preenchimento dos desejos, pertinência e valorização social. Todas as outras formas de família, por mais frequentes que sejam ainda são consideradas formas alternativas, e diferem da proposta inicial. Porém, as inúmeras mudanças sociais contribuíram especialmente nas últimas quatro décadas, para a distância cada vez maior entre as práticas sociais e os modelos tradicionais.

De acordo com Schenker (2008), seja qual for a forma que a família toma nos tempos atuais, os princípios e as práticas de comportamento aprendidas no seio da família ainda constituem para os familiares, marcos referenciais de ideologia e conduta ao longo de suas vidas.

Quanto à sua organização, Minuchin e Fishman (1990) afirmam que a família é um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interação. Estes padrões constituem a estrutura familiar que por sua vez governa o funcionamento dos membros da família, delineando sua gama de comportamento e facilitando sua interação. Uma forma viável de estrutura familiar é necessária para desempenhar suas tarefas essenciais e dar apoio para a individuação ao mesmo tempo em que provê um sentido de pertinência.

Cervený (2011) acrescenta que o grupo familiar corresponde a um sistema de relações significativas entre os vários subsistemas. Na maioria das vezes não há convivência no mesmo espaço, mas as relações continuam sendo significativas, o que pode significar inclusive a relação perpetuada por meio dos mitos.

A autora diz também que o comportamento de cada um dos membros é interdependente do comportamento dos outros. O grupo familiar pode ser visto como um conjunto que funciona como uma totalidade e no qual as particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros. Nos sistemas interpessoais como a família, o comportamento de cada pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas.

Dias (2006) considera que a família é um espaço em que se atualizam as tensões sociais. É onde se dá a aprendizagem social, a distribuição das relações de autoridade e submissão, a definição dos papéis de gênero. Elas geram transformações sociais e respondem a essas transformações em um diálogo constante.

Sobre a família vivida e as relações estabelecidas, Szymanski (2004) diz ser um grupo de pessoas que convivem, reconhecendo-se como família, propondo-se a ter entre si uma ligação afetiva duradoura, incluindo o compromisso de uma relação de cuidado contínuo entre os adultos e deles com as crianças, jovens e idosos. Tal proposta abre espaços para os mais diferentes arranjos e protagonistas, mas tem no cuidado o seu sentido de existir.

Para Escudero & Fender (2011), as famílias são sistemas que evoluem no tempo e no decorrer da vida, atravessando os diferentes ciclos da vida (nascimento, casamento, perda ou separação, adolescência dos filhos, saída dos filhos de casa, aposentadoria e assim por diante). Essas mudanças exigem uma reorganização nas formas de transação, a fim de estabelecer um equilíbrio que garanta sua sobrevivência.

É importante para o profissional que lida com famílias observar em que ciclo de vida ela se encontra. Abaixo, de forma sucinta, seguem as quatro fases do ciclo de vida propostas por Cerveny e Berthoud (1997). Conhecer o seu estágio evolutivo auxilia o profissional em suas intervenções, pois cada ciclo apresenta necessidades e demandas específicas:

Fase da aquisição: é a fase caracterizada pela união e formação do casal. Para Carter e McGoldrick (1989), a tarefa de tornar-se um casal é a mais difícil do ciclo familiar. Nesse momento o casal jovem está voltado para a missão de adquirir em todos os sentidos: material, emocional e psicológico. A experiência a dois é marcada pela bagagem que cada membro traz consigo da família de origem.

Fase adolescente: corresponde ao casal de meia idade, com filhos adolescentes. Geralmente, o casal nesta fase vive uma segunda adolescência, ao conviver com os filhos nesta fase de transição para a vida adulta. As demandas são intensas, demarcadas por duas gerações: os pais do casal com as questões da terceira idade e os filhos solicitando uma atenção especial. E o casal, por sua vez, geralmente está revendo sua relação, em um balanço matrimonial. A fronteira da família, nesta fase, precisa ser flexível, para incluir os avós e os amigos do filho, e

permitir a saída do adolescente, facilitando seu processo de separação e diferenciação. Em nossa prática clínica com adolescentes usuários de drogas essa fase se torna delicada, trazendo para os profissionais e também para a família a importante missão de lidar com aspectos relacionados não somente com o adolecer, mas com o agravante do uso da droga pelo adolescente.

Fase madura: Corresponde às famílias com filhos adultos; a relação pais e filhos se horizontalizam, os filhos assumem responsabilidades, autonomia, independência e individuação, estando em condições de deixar o lar e constituir a sua própria família. O casal necessita orientar sua atenção em dois sentidos: os pais, que estão idosos, e os netos, que estão chegando. Nessa fase o casal, ao ficar sem os filhos, necessita voltar-se para si e refletir sobre a relação conjugal. Corresponde a fase do “ninho vazio”.

Fase última: é a fase de envelhecimento, caracterizada pelos fatores de envelhecimento biológico, psíquico e social do casal (Lourenço-Silva, 1997). Esta fase pode ser vivida de duas maneiras, principalmente: ruptura, caracterizada pelas perdas ao longo da vida; e/ou continuidade, representada pelos descendentes dos familiares. O casal, geralmente, necessitará de cuidados dos filhos, o tempo passa a ter outro significado, o presente é o mais importante, assim como as lembranças do passado.

Em nossa prática, é muito comum observarmos famílias na fase última tendo de lidar com os netos/ filhos usuários de drogas em seu contexto familiar, na qual ficam com a função de cuidar dos netos que “não deram certo”– indicando também a impossibilidade de seus pais lidarem com a fase da adolescência e suas adversidades. Tais famílias variam não só na maneira como se originam e se desenvolvem, mas também em relação aos cuidados oferecidos aos seus filhos, que ficam muitas vezes sob a responsabilidade não só dos avós, mas de parentes próximos, de vizinhos, padrinhos ou pais adotivos.

Assim, quanto à importância dada à família diante do desenvolvimento de seus membros e levando-se em consideração a fase em que a família se encontra, temos diversos autores que concordam com o seu papel crucial na formação da identidade, bem como na produção de saúde ou doença.

Quando falamos de organização e papéis desempenhados pelos diversos membros da família, é preciso considerar que mudanças acontecem no decorrer de seu ciclo de vida, mas, nem sempre, a família apresenta recursos para se adequar as situações que ocorrem, trazendo para seus membros problemas e questões que merecem um olhar mais cuidadoso. Isso ocorre, em especial, com a chegada da parentalidade e a demanda que vem nas relações estabelecidas com os filhos e que se cronificam, conforme vemos em nossa prática, até a adolescência, momento no qual as novas demandas clamam por cuidado e mudanças específicas de adaptação.

Quanto a tornar-se mãe ou pai, precisamos considerar que esse novo lugar envolve mudanças significativas no desenvolvimento da família, implicando um reajustamento em várias dimensões. Esse momento exige também uma reorganização dos papéis familiares, através da qual o casal passa a assumir tarefas e responsabilidades com relação ao desenvolvimento da criança, desempenhando, assim, as funções materna e paterna. (Corrêa, 2000; Carter & McGoldrick, 1995).

Por essa razão, é válida a observação de Winnicott (1997) quando aponta que na chegada de cada filho, é preciso considerar o momento específico em que cada criança nasce e que nos permite assim compreender os diferentes relacionamentos dos pais com os diversos filhos. Para ele, de acordo com a chegada de cada filho, nasce também uma mãe, que deve ser única no processo de adaptação as necessidades do bebê.

Szymanski (2001) parece concordar com essa perspectiva ao levar em consideração o modo como as mães cuidam e educam seus filhos, pois estas implicam a transmissão de sentidos na constituição de si mesmo, na compreensão do mundo e dos outros. Viver em família remete a um modo de se tratar mutuamente, de cuidar de cada um e da própria vida familiar, carregado de afetividade, com sentido nem sempre explicitado e sob o peso de tradições passadas de geração em geração. A partir da perspectiva da experiência da maternagem, o modo de cuidar está intimamente ligado com a experiência de cuidado pela qual passamos daí também valorizar a família como ambiente cuja importância é inigualável:

Pode-se cuidar dos filhos pacientemente, esperançosamente, com receio, confiantemente, com medo, como um fardo, meramente repetindo a tradição ou ousando mudar, de forma autoritária, inculcando-lhe medos, ameaçando-o ou enfatizando a autonomia, o amor, a reflexão. As disposições afetivas no

desempenho das funções paternas e maternas, por meio das práticas educativas, têm um sentido, que será percebido pelo filho e revelam a maneira como este é visto e expectativas em relação a ele. Por outro lado, o modo como ele percebe as disposições afetivas dos pais terá impacto na sua constituição identitária, já que esta é um processo relacional. (Szymanski, 2001, p. 78)

Seixas (1987) também vai dizer, em relação aos diferentes arranjos familiares e a relação com os filhos, que nem todas as famílias gozam de uma organização adequada para estruturar um modelo e uma dinâmica convenientes para o desenvolvimento das pessoas nela envolvidas. São famílias em que o relacionamento parental é conflituoso, há pouca proximidade entre pais e filhos, falta apoio e interesse entre os membros, os pais fazem uso de drogas lícitas ou ilícitas ou apresentam padrões de disciplina inadequados e inconsistentes.

Outro ponto importante sobre o que ocorre no interior da família refere-se aos valores que pautam e são constituintes da vida das pessoas, sendo construídos em uma relação dialética entre o grupo social e a tradução e inovação efetuadas por cada família. Só podem ser compreendidos observando-se a relação entre os princípios e práticas relacionais no seio da família (Santos, 2006).

Minuchin e Fishman (1990) trazem ainda uma questão interessante ao falar do movimento encontrado na família. Observam eles que, como todos os organismos vivos, o sistema familiar tem a tendência para ambos, evolução e conservação. As exigências de mudança podem ativar os mecanismos de evitação, porém, o sistema evolui para uma complexidade crescente. Ainda que a família possa flutuar somente dentro de uma determinada extensão, possui uma capacidade assombrosa de adaptar-se e mudar enquanto mantém a continuidade.

Neste sentido, lembramos o que dizia Poster (1979), um clássico da sociologia, que desde os anos 70, explicita os aspectos a serem observados nos estudos com famílias e que coincide com a visão sistêmica. Ele leva em consideração a análise no nível psicológico, no nível da vida cotidiana e, por último, na relação entre família e a sociedade. O primeiro nível pressupõe uma estrutura emocional, com hierarquias de idade e sexo em formas psicológicas, um processo de interação com um padrão de autoridade e amor instruído pelos adultos e um padrão de identificação que consolida vínculos entre adultos e crianças. O segundo nível é derivado do estudo da rotina da atividade familiar e dá indicações do tipo de habitação da família, das relações que existem entre os membros, as funções da vida cotidiana e outros. O

terceiro nível define como as instituições políticas, econômicas, religiosas e urbanas influem na família e o grau de equilíbrio ou conflito entre a família e a sociedade.

Cabe lembrar que, em relação à hierarquia observada nas famílias atuais, Grandesso (2008) constata haver uma tendência das famílias para padrões de educação mais democráticos e menos hierarquizados. A família mais hierarquizada ainda é encontrada em grande parte da população, especialmente nas camadas mais pobres. Neste tipo de organização, são aspectos importantes a diferenciação entre homens e mulheres e papéis nitidamente delineados. Baseia-se na autoridade natural dos pais e de todos os mais velhos, ou seja, cada indivíduo pertence a subsistemas onde tem diferentes níveis de poder. Nesse sentido, Whitaker (1990) chama a atenção para o cuidado em considerarmos que uma separação saudável de gerações não deve ser confundida com uma estrutura hierárquica rígida.

No entanto, ainda segundo Grandesso (2008), a tendência crescente das famílias para uma organização mais igualitária tem a ver com a maior escolarização da população, com o movimento feminista, com a influência da mídia na formação dos valores sociais. Nesse sentido, podemos observar que o oposto impera nas famílias de baixa renda e com pouco escolarização, como as atendidas em nosso Projeto.

Retomando a questão dos subsistemas diante da parentalidade, Minuchin (1982) aponta para a necessidade de limites bem estabelecidos entre os subsistemas: pais, filhos, irmãos, com papéis e funções claramente definidos para um ambiente propício ao desenvolvimento. Vê a família com um duplo objetivo de proteção psicossocial a seus membros, a partir da condição de pertencer que oferece e a de promover uma condição de independência gradual, que prepara os jovens membros para a vida em sociedade. É nesse sentido que a extrema coesão dificulta a independência e o desligamento, não promove o sentimento de ser parte e único, essencial para o desenvolvimento da identidade pessoal.

Mais uma vez tais colocações nos ajudam a refletir sobre as complexidades que se apresentam na dinâmica das famílias atendidas no CAPS do Projeto Quixote, que nos procuram com múltiplas necessidades. Se por um lado recebemos famílias impactadas pela realidade de viver em situações bastante difíceis e de extrema vulnerabilidade, por outro acolhemos em seu olhar o pedido (des)esperançado de ajuda. Nesses contextos, a dignidade é produto pouco valorizado e o que temos para oferecer é a disponibilidade em acolher,

levando-se em consideração os determinantes para reestabelecer o desenvolvimento familiar, bem como o papel de cuidadores, tendo escolhido, ou não, essa função em suas vidas.

Não podemos, enfim, deixar de reconhecer e compreender a família nas diversas e complexas dimensões, incluindo as questões de parentalidade e as condições nas quais nascem e crescem seus indivíduos. Pautado neste reconhecimento, o trabalho com famílias torna-se cada vez mais desafiador, um convite à jornada de desafios e dissabores, mas também de conquistas e novas narrativas.

1.2 Padrões de interação e intergeracionalidade

“Por mais que queiramos desprender-nos da carga do passado, a estrutura básica de nossa existência e a de nossos filhos está determinada, pelo menos parcialmente, pelas contas não salda das gerações anteriores”.

Boszormenyi-Nagy

Como já mencionado, o atendimento as famílias no CAPS do Projeto Quixote tem sido de grande importância no tratamento dos adolescentes envolvidos com a problemática da droga. Neste trabalho, é possível observar e compreender os padrões de interação existentes nas diversas gerações desses jovens, designados fatidicamente como sendo o problema único do filho. A compreensão dessa dinâmica nos leva a rever, em parceria com a família, os padrões relacionais que desencadeiam os comportamentos e a forma de se comunicar desses adolescentes.

Considerando os padrões observados em famílias com uso de drogas, a teoria dos sistemas entende o fenômeno da dependência como um sistema da disfunção familiar, sintoma este que se expressa um conjunto de comportamentos desajustados que desencadeiam o consumo problemático de substâncias. Tanto os padrões de comportamento como os fatores de predisposição constitucional, sociocultural e de desenvolvimento são edificados por um sistema de crença familiar específico. Investigar o sistema de crenças de famílias geradoras de problemas relacionados à droga torna-se uma das tarefas principais no trabalho terapêutico (Payá, 2014).

Quanto ao sistema de crenças presente no sistema familiar, é preciso lembrar que as gerações anteriores oferecem modelos de padrões interacionais para as gerações subsequentes não só no nível da fusão/diferenciação e triangulação, mas também por meio da comunicação, dos mitos, das regras, da hierarquia, das seqüências e da afetividade. Analisar os modelos de repetição é considerar que as famílias colocam à disposição dos seus descendentes os modelos interacionais que usaram e esses descendentes escolhem aqueles que vão repetir ou não. Em uma mesma família, com a mesma herança de modelos, seus descendentes vão lidar de maneira diferente com cada um deles, pois além dos genes, existem o contexto e as experiências de cada um (Cervený 2011).

É por isso que, independentemente da singularidade ou especificidade de cada família em como transmitir e elaborar seus modelos, não existe dúvida na transmissão dos mesmos. Seria possível afirmar categoricamente que toda família transmite o seu modelo, mesmo aquelas que cuidam muito para não o fazer - como é o caso do uso de drogas e da criminalidade, conforme observamos em nosso trabalho. (Elkaim 1990).

Quanto ao processo de socialização, que também envolve a transmissão de modelos, Szymanski (2001) diz que esta se dá no convívio familiar e, em especial, por meio das práticas educativas desenvolvidas com a finalidade de transmitir hábitos, valores, crenças e conhecimentos que se acredita serem úteis para a inserção dos filhos na sociedade. Trata-se de um agir que, em geral, é aprendido por imitação e tende a repetir padrões vividos pelos pais em suas famílias de origem, além de carregar a crença de conhecimentos e habilidades inatas para o desempenho da função de pai e mãe e de que família “sempre foi assim”.

Cabe lembrar que a repetição desses modelos ocorre, principalmente, pela comunicação, conforme nos aponta Watzlawick (1973). Segundo ele, o grupo familiar se comunica por meio do espaço, do olhar, do silêncio, do movimento, além da fala.

Ao encontro dessa colocação, Satir (1972) afirma que a saúde da família está intimamente relacionada à maneira como os membros se comunicam. Relaciona doença e saúde emocional da família com a alta ou baixa estima de seus membros. O fator que determina o tipo de interação que se estabelece na família é a comunicação e, assim, a família funcional é aquela onde os membros podem expressar claramente o que pensam e sentem por meio de uma comunicação aberta, clara e direta. Ao contrário é a família disfuncional, onde

as comunicações não podem fluir abertamente, onde os conflitos e as diferenças não podem ser discutidos e levam a um padrão não facilitador para a saúde emocional de seus membros.

Assim, por meio da comunicação, observação e do aprendizado, os comportamentos testemunhados podem ser entendidos como uma maneira possível de se relacionar em família e lidar com conflitos. A maneira como os pais ou figuras de referência enfrentam e resolvem dificuldades serve como modelo de como os filhos devem expressar seus sentimentos e solucionar seus conflitos (Andolfi & Anelo, 1989; Cerveny, 2011).

Segundo Carter & McGoldrick (1987), quando o adolescente entra em conflito com um dos pais, os esforços para diminuir a tensão frequentemente repetem antigos padrões de relacionamento da família de origem dos pais. Os pais que fizeram um esforço consciente para educar seus filhos de modo diferente, evitando os mesmos “erros que seus pais cometeram, muitas vezes têm um brusco despertar”. Quando os filhos atingem a adolescência, eles muitas vezes ficam surpresos ao observar semelhanças de personalidade entre seus filhos e seus pais.

Por outro lado, é importante ressaltar que os padrões de repetição podem ser passados de outra forma, através do antimodelo, que também é comunicado a seus membros. No entanto, há sempre que se ter uma referência aprendida e da qual partir.

Muitas vezes, então, a repetição dos modelos, por meio dos padrões de interação, se faz pelo seu oposto, ou seja, pelo antimodelo daquele proposto pelo sistema familiar. A adoção do antimodelo é tão forte como a adoção do próprio modelo, pois, de qualquer forma, continua sendo a referência. Frequentemente, podemos observar que, no decorrer das fases do ciclo vital, aquilo que era antimodelo pode ser deixado de lado e trocado pelos modelos aprendidos originalmente. A forma de repetição do antimodelo é tão rígida e determinante como a do próprio modelo e, não raro, de uma simetria que acaba lembrando o que se queria anular. (Cerveny, 2011).

É preciso lembrar que, se por um lado temos repetições de padrões interacionais que acrescentam e enriquecem a experiência da família, podemos por outro lado, ter repetições que impedem o crescimento e acabam conflitando nas demais gerações. Tal situação pode ser observada nas famílias que atendemos, em geral com múltiplos problemas e alto grau de

vulnerabilidade. Nesse contexto, encontramos com frequência padrões relacionais associados à extrema violência entre seus membros, impedindo o seu desenvolvimento e propagando sua continuidade nas gerações futuras.

1.3 O genograma na compreensão do uso de drogas

De acordo com Cerveny (2011), o genograma é largamente usado na prática da Terapia de Casal e Família e tem-se mostrado um instrumento eficiente para o entendimento das relações, vínculos, mitos, padrões das famílias de origem. Consiste em uma representação gráfica multigeracional da família que vai além da simples genealogia, pois inclui também as relações e interações familiares. O genograma recolhe ainda informações estruturais vinculares e funcionais de um sistema familiar que pode ser analisado horizontalmente, por meio do contexto familiar atual e verticalmente, através das gerações.

McGoldrick (1987) afirma que o genograma corresponde a uma fonte de hipóteses sobre como um problema clínico pode estar relacionado com o contexto familiar e a evolução tanto do problema como do contexto através do tempo.

Como meio de explorar e compreender aspectos criadores das crenças de famílias geradoras de problemas relacionados ao uso de drogas, bem como o funcionamento e dinâmica familiares, o genograma assume grande importância para o atendimento às famílias.

Amplamente utilizado no campo da saúde e da saúde mental, sua aplicabilidade a famílias com usuários de droga é fundamental, pois revela ser importante como um instrumento auxiliador não apenas para a construção de uma história familiar que, por si só, já é singular, mas também para edificação de um diagnóstico que ajuda a elaborar um plano de ação par a coconstrução do processo terapêutico (Payá, 2014).

O genograma ajuda a família a se observar como um grupo de pessoas conectadas entre si de diversas formas, há interdependência entre todos. O universo da família implica todos os comportamentos dos seus membros em conexão. Por intermédio da simbologia do genograma, é possível que a família reconheça que, por mais que cada membro tenha sua personalidade, todos estão ligados a uma estrutura maior. Tal reflexão pode ajudar a preveni-

los do isolamento do membro que apresenta problemas como os comportamentos dependentes (Payá, 2014).

Quanto às reflexões geradas a partir da construção do genograma, a descoberta pela família das repetições de padrões que vieram num processo transgeracional torna-se, por si só, um fator de mudança significativa para algumas famílias. Em outros casos é ali que começa o trabalho de terapia e em outros ainda, a família não consegue sair do sistema e sequer perceber o que acontece em termos de repetição. Dessa forma, a percepção de padrões interacionais, intergeracionais, pode levar a mudanças significativas e também a paralisações angustiantes, mas, sobretudo, tende a transformar a experiência em conhecimento (Cervený, 2011).

Para Payá (2014), outro dado importante relacionado ao genograma está na sua condição de revelar o não dito, frequentemente comum em famílias inseridas na problemática da droga. Os dados mais complexos e implícitos na dinâmica familiar podem, então, ser rastreados, como questões de poder entre os membros ou gerações, triangulações e alianças, qualidade das relações entre os subsistemas e outros, levando à compreensão mais global das características do sistema.

Segundo ela, para as famílias geradoras de condutas dependentes, observa-se que as mudanças do curso de vida se transformam, muitas vezes, em crises. É nas transições durante o curso de vida, que requerem negociações de regras, papéis e adaptações dos e entre os membros, que a família exibe maior vulnerabilidade para um dos membros iniciar ou agravar o abuso de uma substância. O momento no qual a droga passa a existir dentro de um sistema familiar está fortemente ligado ao próprio ciclo de vida da família.

Facilitado pela construção do genograma, o modelo de ciclo de vida é clinicamente relevante para o tratamento de substâncias, pois é na intersecção do que ocorre na vida familiar e no desenvolvimento dos membros, somado à fase de desenvolvimento do problema com substâncias, que se amplia o entendimento da disfunção. O abuso ou dependência de substâncias pode tanto interromper a realização das tarefas desenvolvimentos quando pode ser uma resposta ao estresse imposto pelas fases de desenvolvimento específicas.

Há famílias em que o comportamento problemático assume uma importância tão central que passa a ser o gerador de sequências interacionais que somente são visualizados na construção do genograma. Nesse caso, o problema do uso de substâncias psicoativas constitui um processo sistêmico que afeta e é afetado pela interação entre o usuário e tais substâncias, o usuário e ele mesmo, e o usuário e outros membros da família. Os efeitos do abuso ou da dependência resultam em mudanças adaptativas, em todos os níveis, e assim como uma ameaça potencial à vida, tal problema acaba sendo chamado por diversos autores de doença (Steinglass, 1979).

Em nossa experiência no Projeto Quixote, durante os atendimentos familiares e aplicação do genograma, pudemos observar situações no curso de vida da família que impactavam de forma negativa seu desenvolvimento. Entre elas podemos citar: a entrada na adolescência, a perda de um membro, separação do casal, violência, nascimento de um irmão, saída ou retorno de membros na família.

CAPITULO II

Mas o que acontece conosco quando, desintoxicados,
aprendemos o que somos?

Georges Bataille

2.1 A Droga

Vivemos num momento social em que toda forma de consumo é incentivada. Mede-se o valor de uma pessoa por aquilo que ela usa, e não por aquilo que ela é, e as qualidades não encontram espaço para serem valorizadas. Há o incentivo constante por um corpo magro, pela valorização da imagem e os meios de comunicação ditam os padrões de beleza, o que acaba por estimular o uso de drogas medicamentosas para o alcance do corpo ideal. A cocaína, por exemplo, é a droga que proporciona o constante estado de felicidade, o bem estar e também o corpo magro. Sem falar na disposição vivenciada quando se faz uso de determinados medicamentos, o que traz a falsa sensação de solução “mágica”, aumentando assim o uso indiscriminado dessas drogas.

A questão relacionada ao uso de drogas vem tomando grande proporção em diferentes espaços da vida cotidiana e é alvo de discussão nos diversos setores da sociedade. Porém, o uso de drogas não é novidade e existe desde a antiguidade, elas sempre provocaram nos homens curiosidade e desejo, em especial as drogas psicoativas, levando em consideração seu momento social-histórico e cultural. A relação de um indivíduo com uma substância psicoativa é considerada legal ou ilegal, dependendo do contexto social no qual ele está inserido e esta mesma relação pode indicar uma atitude patológica, ou não.

É interessante observar que, diante das famílias que atendemos, muitas chegam com a ideia de que o filho é um drogado e, a maconha (a grande vilã), porta de entrada para outras drogas. A família, na sua concepção equivocada quanto ao conceito e efeitos da droga, o filho que faz uso da maconha chegará, obrigatoriamente, à cocaína, ao álcool e por fim, ao devastador uso do crack. Buscando aliviar tal aflição, traçamos um projeto que auxilie a família a desconstruir os preconceitos existentes sobre as drogas, através da informação e conhecimento das questões existentes dentro da própria família.

De acordo com Xavier da Silveira (1996), a ênfase dada às condutas e não aos efeitos de uma substância específica correspondem a uma corrente de pensamento atualmente predominante nos mais diversos campos do conhecimento. Os debates atuais sobre o assunto evidenciam o aparecimento de modelos de doença bastante criticáveis, ao lado do ressurgimento de uma abordagem moralista preconceituosa das dependências, sobretudo as ilícitas. Um exemplo disso é o excesso de tolerância com relação ao uso indiscriminado de álcool, ao lado de uma intolerância injustificada ao uso meramente recreativo de drogas ilícitas: quando avaliamos suas consequências, a dependência ao álcool constitui problema incomparavelmente mais grave do que a maioria das dependências de drogas ilícitas.

A World Health Organization, a partir de seu 16º relatório publicado em 1969, define farmacodependência como:

Um estado psíquico e às vezes igualmente físico, resultante da interação ente um organismo vivo e uma substância que se caracteriza por mudanças de comportamento e outras reações, compreendendo sempre um impulso para tomar a substância de modo contínuo, ou periódico, com o objetivo de reencontrar seus efeitos psíquicos e às vezes evitar o sofrimento de sua falta. Este estado pode ou não ser acompanhado de tolerância. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de várias drogas simultaneamente (OMS, 1969).

Assim, para a World Health Organization (2006), essa definição implica em algumas subdefinições: dependência psíquica corresponde a um estado mental caracterizado por um impulso para usar periódica ou continuamente uma determinada droga, com o objetivo de obter prazer ou eliminar uma tensão; dependência física corresponde a uma exigência do organismo que, para conservar seu equilíbrio, necessita do fornecimento regular de uma determinada substância exógena. Esta dependência torna-se objetiva através de sintomas físicos e psíquicos que caracterizam a “síndrome da abstinência”, quando o organismo se encontra privado de determinada substância.

De acordo com Lacks (1996) as substâncias psicoativas foram separadas por classe, segundo seu efeito principal sobre o organismo: depressores do SNC (álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos e opiáceos); os estimulantes do SNC (anfetaminas e cocaína e seus derivados); perturbadores do SNC (LSD, mescalina, cogumelos, maconha, haxixe); solventes (colas, aerossóis, tintas, benzina, etc).

Sem prender-se na questão da substância propriamente dita, Xavier da Silveira (1996) diz que o termo dependência é utilizado para se referir a determinados comportamentos e designar o abuso ou o excesso como origem do problema. Assim, a relação entre sujeito e objeto configura uma patologia, pela sua intensidade ou pela sua preponderância, independentemente das características do objeto. Multiplicam-se as descrições de dependências: à cocaína, ao álcool, aos medicamentos, aos alucinógenos, sem que se esqueça do tabaco, da comida, do açúcar, do chocolate, do café, incluindo ainda os comportamentos excessivos os mais diversos: jogo, televisão, esporte, paixão e mesmo o trabalho em excesso. Tais comportamentos têm em comum a falta de limites e o excesso.

Em relação a isso é preciso lembrar a importância quanto à atribuição dada ao problema relacionado à droga. Para Xavier da Silveira (1996), as drogas, sobretudo as ilícitas, vêm se tornando cada vez mais assunto e muitos se sentem relativamente à vontade para emitir opiniões e conceitos os mais diversos, gerando uma grande confusão, diluindo as categorizações e nos fazendo esquecer as particularidades ligadas à utilização de certos produtos ou à origem do estabelecimento de certos comportamentos.

Para Atkinson (*et al*, 2001), como já apontado, é importante entender o contexto sociocultural onde o fenômeno ocorre para observar as diferenças e multiplicidades dos indivíduos e o significado que atribuem a esse uso, além de atentar para o fato de que não existe uma única, mas diversas formas de uso de drogas.

Ao encontro destas considerações Michalizen (1999) também ressalta que as experiências dos usuários de drogas não são empreendidas de forma solitária e voluntariamente. Eles as realizam no interior de uma história, de um contexto socioeconômico, imersos em momentos socioculturais, vinculados a sistemas familiares e condicionados pela manipulação e pelo apelo da sociedade na qual vivem. A ingestão de drogas funde-se, portanto, com os dados dessa história.

Assim, de acordo com a literatura, é preciso lembrar que embora façamos uso da palavra “toxicômano” para designar o usuário de drogas, há uma diversidade de personalidades humanas e muitas variáveis para um só e único indivíduo, ou seja, diante da mesma droga, há indivíduos diferentes que a utilizam. Não existe, portanto, uma resposta simples e correta que possa ser dada quando se pede para definir quem se droga,

principalmente quando ele surge como reincidente frente ao uso. Daí a tendência atual de substituição de toxicômano por usuário de drogas, farmacodependente e dependência.

Xavier da Silveira (1996) retoma a atenção para o exagero na tendência progressiva à extensão do conceito de doença quando falamos do uso de drogas. Apesar de todo conhecimento científico acumulado neste século, o que se afasta da norma tende a ser considerado patológico – usou maconha uma vez, interna! Neste aspecto, as dependências de drogas ilícitas encontram-se mais sujeitas ainda aos nossos preconceitos, pois não apenas o excesso é proibido, mas o seu próprio uso tende a ser condenado e patologizado. Atualmente, faz-se necessária a existência de um enfoque abrangente, que leve em consideração a diversidade de usos e de comportamentos tanto em relação aos produtos como em relação ao contexto social em que eles ocorrem.

Para esclarecer esta questão, o autor refere que, da mesma forma que a dependência não pode ser simplesmente reduzida a seus componentes biológicos, nem toda dependência biológica se associa a uma conduta de dependência. Em sentido amplo, a cura de um dependente não é obtida ao conseguirmos mantê-lo abstinente, mas sim quando ele for capaz de adquirir a liberdade de escolher o padrão de relação que passará a ter com a droga.

Influenciados por essa visão, enquanto serviço de saúde ligado à questão da droga damos importância à compreensão do sujeito que escolhe usá-la como forma de estar e sobreviver no mundo. Dessa forma, tomamos emprestado, em nossa prática clínica, o modelo sistêmico proposto por Olievenstein, a partir do qual a dependência ocorreria na conjunção e relação de uma tríade de fatores: ligados ao indivíduo, ligados à substância consumida e relativos ao contexto social e cultural no qual o indivíduo e a droga estão inseridos.

Nesse aspecto, para Olievenstein (1987), a questão da dependência coloca o dependente de drogas num lugar onde a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização, ocupando lacunas importantes e se tornando assim indispensável ao funcionamento intrapsíquico deste indivíduo. Um dependente, diferentemente do usuário, não pode prescindir de sua droga.

2.2 O Adolescente e as drogas

Adolescência é o período da vida de uma pessoa onde seus pais começam a dar trabalho.

Alfred. E. Neuman

Como dito no capítulo anterior, também em relação ao adolescente usuário de drogas, a droga entre os jovens constitui um fenômeno sistêmico que envolve aspectos biológicos, psicológicos, familiares e sociais em complexa interação. Por esse motivo, a intervenção e o acompanhamento familiar, quando integrados a um programa mais abrangente de tratamento, evidenciam-se como instrumentos terapêuticos valiosos na compreensão e no trabalho com abuso e dependência de drogas, especialmente na adolescência (Fender & Escudero, 2011).

Quando falamos de adolescentes usuários de drogas, temos observado que o jovem é aquele que traz a família para o tratamento e, diante da perspectiva da família e também do meio social, num primeiro momento é ele, de fato, o grande problema a ser resolvido. Após certo tempo, a família entende ser ela quem mais precisa de cuidado para adolecer e se fazer crescer.

É preciso reconhecer, portanto, que no contexto solitário do adolescente vulnerável usuário de drogas, encontra-se também uma família solitária em sua capacidade de ajudar e compreender a dinâmica dos filhos que escolhem fazer uso da droga para lidar com a realidade insuportável do viver. É preciso ajudar a família a rever, transformar e muitas vezes conhecer pela primeira vez a necessidade que seus membros apresentam, de forma a conseguir retomar o seu crescimento enquanto família.

No entanto, ao falarmos de droga na adolescência, é importante discriminarmos as características normais e esperadas para o adolescente daquelas que merecem mais atenção de nossa parte. Nesse sentido, torna-se importante retomarmos os aspectos que fazem parte desta fase tão especial do ciclo vital.

Atualmente, na nossa sociedade, além de alcançar a capacidade reprodutora (e cada vez mais cedo!), o adolescente deve suplantar alguns pré-requisitos para ganhar o lugar de adulto, como ser independente economicamente ou se encarregar de seu próprio destino,

através do desenvolvimento da responsabilidade. Nessa fase especial do desenvolvimento, e para descobrir quem ele é, o adolescente precisa vivenciar coisas novas - é nesta fase que ele experimenta a sensação de onipotência, momento este sentido como único e no qual nada de errado pode lhe acontecer.

Nasio (2011) nos ajuda a entender esta questão com sua descrição do adolescente contemporâneo. Diz ele que o jovem de hoje é um ser conturbado que, sucessivamente, corre alegre à frente da vida e para de repente, arrasado, desesperançado, para deslanchar novamente, arrebatado pelo fogo da ação. Tudo nele são contraste e contradição. Tais reviravoltas de humor e atitude, tão frequentes e bruscas, seriam percebidas como anormais em qualquer outra época da vida. No entanto, na adolescência, nada mais normal.

Em relação à família, Carter e MacGoldrick (1987) consideram que a adolescência assinala uma nova definição dos filhos dentro da família e dos papéis dos pais em relação aos seus filhos. As demandas adolescentes de maior autonomia e independência tendem a precipitar mudanças nos relacionamentos entre as gerações. Não é incomum que os pais e avós redefinam seus relacionamentos durante este período, que os casais renegociem seu casamento e que os irmãos questionem sua posição na família.

Quanto a lidar com filhos adolescentes, as autoras referem que a flexibilidade é a chave do sucesso para as famílias com filhos adolescentes. Entretanto, numa tentativa de diminuir os conflitos gerados durante este período, muitas famílias continuam a busca soluções que costumavam funcionar em estágios anteriores. Os pais muitas vezes tentam puxar as rédeas ou retrair-se emocionalmente para evitar novos conflitos. Ou eles aceitam cegamente o adolescente ou o rejeitam. Os adolescentes, por outro lado, num esforço para abrir caminho, recorrem a ataques de raiva, se fecham ou buscam o apoio dos avós.

Para Kancyper (1999) é importante considerar, no atendimento a famílias com filhos adolescentes, que a crise da adolescência inclui o filho e seus pais em um mesmo tempo e um mesmo movimento de turbulência. Todos são atravessados pela ressignificação da incerteza ocasionada por múltiplas angústias.

Além disso, a cultura costuma ainda destacar a violência que se desata durante o período da adolescência filial, mas frequentemente esta violência é uma consequência do

abuso de poder que exercem os pais sobre o filho. Somado a isso encontramos uma sociedade também violenta, que se mistura levando a um risco muito maior os jovens em pleno desenvolvimento.

Nesse contexto de grandes instabilidades, instaura-se o risco para o adolescente, voraz em seu processo de busca pela autonomia e experimentação. É o momento no qual o adolescente, já tão vulnerável, encontra-se exposto a diversas situações que aumentam a sua vulnerabilidade e, aqui, se instaura o mais temido dos riscos para os pais – o uso de drogas. Retomamos a questão da droga para melhor entender sua conexão com as instabilidades vivenciadas pela adolescência.

Duncan (*et al.*, 1995) afirmam que as drogas sempre exerceram fascínio sobre os jovens porque prometem prazer, sensações incomuns e experiências novas, algo que vai muito ao encontro do momento que o jovem está vivenciando.

Scivoletto (2011) também concorda que o apelo e os efeitos causados pela droga são sedutores para o adolescente, pois dão o prazer passivo, imediato, sem precisar de grandes esforços. O fácil acesso, o baixo custo e a maior aceitação do uso de alguma substância como a maconha, facilitam essa experimentação e uso.

Infelizmente, confirmando as colocações dos autores estudados, a análise das histórias de consumo de álcool e outras drogas dos pacientes que atendemos em nosso CAPS revela que muitos deles iniciaram o seu uso nos primeiros anos da adolescência, quando não na infância.

Quanto aos prejuízos causados pela droga durante a adolescência, Scivoletto (2011) diz que o uso de drogas afeta diferentes áreas em pleno desenvolvimento de suas funções. As alterações causadas no processo de maturação de adolescentes usuários de drogas tendem a permanecer como lacunas na sua vida adulta. Os adolescentes que tiveram suas capacidades cognitivas e de relacionamento prejudicadas pelo consumo de drogas possuem menos estratégias para lidar com fatores estressantes que aparecem na vida adulta, comprometendo seu desenvolvimento futuro.

Ao analisar as características pessoais do adolescente que aumentam a vulnerabilidade para o uso de drogas, merece destaque a insatisfação e não realização em suas atividades, a insegurança e a sensação de não pertencer a nada ou a ninguém. O adolescente que não consegue se destacar nos esportes, nos estudos, ou nos relacionamentos sociais pode buscar nas drogas a sua identidade: ele passa a pertencer ao mundo das drogas, onde tem um papel, que confere a falsa sensação de pertencimento. Por outro lado, os sintomas depressivos e as crises de angústia típicas nesta fase também encontrarão conforto nas drogas, que aparecem como remédio para a cura deste sofrimento. Esses adolescentes usarão a droga como tentativa de se automedicarem - quanto mais impulsivos e menos tolerantes às frustrações, maior será o risco (Scivoletto, 2011).

Olievenstein (1984) colabora com essa questão ao dizer que as drogas trazem efeitos nocivos e eles são dramaticamente majoritários, mas também existem efeitos benéficos e estes são extraordinários, quer no setor do prazer, quer no setor do belo. No caso das drogas ilícitas usadas pelos jovens outro fator contribui para seu consumo: a atração do fruto proibido e da transgressão frente à escolha pela droga ilícita, além do fato de que muitos dos jovens consumidores de drogas provêm de famílias desunidas ou divididas ou muito preocupadas com elas mesmas - aponta ele para a clássica contradição em que abusar de tranquilizantes é considerado legal, mas fumar maconha é escandaloso.

Assim, de acordo Olievenstein, o uso experimental de algumas substâncias poderia se considerado dentro do esperado para o adolescente em desenvolvimento. O problema é que o uso de drogas expõe o jovem a outros fatores de risco, que podem contribuir, inclusive, para um quadro de dependência e criminalidade.

2.3 A família e o adolescente usuário de drogas

Retomando a importância da família para o pleno desenvolvimento de seus membros, lembramos que a preocupação com o uso de drogas na adolescência nos reporta ao meio social e familiar do adolescente, uma vez que a família, como já mencionado, é o primeiro grupo social da criança, grupo onde ela emergiu e que prove garantias para suas necessidades básicas afetivas de proteção, de cuidado e sustento, e por intermédio do qual se introduzirá na sociedade.

Stanton & Todd (1997) trazem um aspecto importante quanto aos problemas relacionados ao membro da família com uso de drogas e que podemos observar com frequência em nossa experiência:

A família se sente impotente e frequentemente culpa as causas externas (os amigos ou o bairro) pelo problema. Em algumas famílias o problema das drogas do “paciente identificado” é foco de todos os problemas familiares. Assim o usuário recebe, frequentemente, superproteção por parte da família e é tratado como uma pessoa inútil e incompetente. Estas famílias encaram a droga como uma força poderosa que o usuário de drogas não pode resistir. (Stanton & Todd, 1997, p 101).

Quando envolvemos a família na compreensão das origens do uso de droga, diz Olievenstein (1984), devemos pensar que o usuário de drogas não teve nenhuma infância específica, mas diz também que ocorrem eventos e “passes” específicos na infância do mesmo. Isto se verifica não obrigatoriamente com crianças de alto risco, em famílias de alto risco (como as que atendemos no Projeto Quixote), mas com crianças aparentemente normais que sofreram uma ou mais rupturas.

Nessa mesma linha, quando falamos do contexto familiar de usuários de drogas, encontramos estudos de Bergeret (1983) que mencionam não existir um verdadeiro tipo de “família de drogados”, nem um modelo padronizado de pais de farmacodependentes, tendo verificado, enfim, que pessoas com tais problemas, mesmo gravemente afetadas, poderiam aparecer nos mais diversos tipos de estrutura familiar.

Por outro lado, alguns autores consideram existir similaridades entre essas famílias, a despeito de não existir um perfil típico de famílias de dependentes de drogas. São observados, nesse sentido, vários sintomas dentro da família, tais como: pais ou irmãos com problemas psiquiátricos, problemas com drogas (álcool, uso de barbitúricos, tranquilizantes), anorexia, problemas escolares e de relacionamento anteriores à drogadição, conflitos parentais, divórcio, violência no lar, etc. (Angel, 1987; Costa, 1989; Stanton *et al*, 1997).

Stanton e Todd (1997) e Kalina (1988), apontam que há, na adolescência, três tempos: o primeiro é o uso do álcool e se manifesta como um fenômeno social; depois vem o uso do cigarro, que é influenciado pelos pares; e em terceiro o uso de drogas ilegais. Esse terceiro tempo e seu agravamento estão relacionados mais diretamente à qualidade da relação estabelecida entre os pais e o filho do que a outros fatores. Dessa forma, supõe que o uso de

drogas mais letais à saúde, que geram quadros de dependência, é consequência de uma disfunção familiar.

Também de acordo com Fender (1999), quando a relação pais-filhos é enfocada pelo prisma da questão da dependência de drogas, temos inúmeros estudos que ressaltam a importância que as interações familiares têm na etiologia e desenvolvimento não só do uso de drogas, mas também de outros problemas comportamentais apresentados por adolescentes (Bergeret, 1983; Kalina, 1988).

Famílias que produzem dependentes de substâncias são definidas por Kalina (2001) como “famílias psicotóxicas”, já que a busca de substâncias psicoativas para o enfrentamento dos problemas se apresenta como modelo indutor abusivo, representando, não raro, a dupla mensagem parental, já que o discurso refere à proibição e o comportamento não verbal é o do uso de substâncias para alívio do sofrimento (tranquilizantes, álcool, entre outros).

Quanto aos comportamentos e compulsões observados na família, autores como Kaufman (1989) e Rezende (1997) destacam em seus estudos serem comuns outros membros da família apresentarem comportamentos ligados à dependência, tais como: compulsão ao jogo, à comida, ao trabalho, às drogas e outros. O dependente é o portador do sintoma da disfunção familiar e colabora para manter o equilíbrio da família. Observa-se, assim, que o problema da dependência é parte do funcionamento familiar, e contribui para a estabilidade desse sistema.

No que diz respeito à dinâmica dos relacionamentos na família, estudos mostram que nas famílias com dependentes masculinos, a figura materna mantém um comportamento apegado, superprotetor, permissivo com o dependente, e este ocupa uma posição favorecida em relação aos outros filhos. As mães dos usuários geralmente os descrevem como bem educados e afirmam que não deram trabalho. Em compensação, os pais são vistos, em geral, como ausentes, desapegados e fracos, e por sua vez, com uma disciplina rude e incoerente, e as relações estabelecidas são difíceis, com efetivo distanciamento afetivo (Carter & McGoldrick, 1995; Cerveney, 1997; Costa, 1989).

Em ambas as famílias, tanto as dos usuários masculinos como as dos femininos, há, na maioria dos casos, ausência de um dos progenitores, frequentemente o pai, ou então dos dois,

seja por separação ou morte. O início do uso de drogas, segundo Stanton e Todd (1997), parece estar associado a esta perda ou então a de outra pessoa significativa, geralmente devido a mortes repentinas e traumáticas.

Quanto aos fatores de risco e proteção, Szapocznik (*et al.*, 1996) e Oliveira (2001) afirmam que a família pode constituir tanto fator de risco como fator de proteção para o uso ou abuso de substâncias por parte do adolescente. Pais presentes, regras claras, hierarquia definida, envolvimento afetivo e respeito aparecem como fatores de proteção para o uso de drogas. Por outro lado, pais com histórico de drogas, presença de doenças mentais, autoritarismo/exigência/missividade, podem constituir fatores de risco para os filhos.

Tabela 1 - Fatores de risco e proteção na família para o uso de drogas

| Fatores familiares de proteção | Fatores familiares de risco |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Pais que acompanham atividades dos filhos | Pais que fazem uso abusivo de drogas |
| Estabelecimento de regras e condutas claras | Pais que sofrem doenças mentais |
| Envolvimento afetivo com a vida dos filhos | Pais excessivamente autoritários ou muito exigentes ou permissivos |
| Respeito aos ritos familiares | Famílias cujas resoluções imediatas são dadas como formas de impedir a reflexão |
| Estabelecimento claro da hierarquia familiar | |

Fonte: Curso de capacitação sobre Redução da Oferta e da Demanda de Drogas (Albertani *et al.*,2004)

Embora existam inúmeras razões para o uso inicial de álcool e outras drogas pelos adolescentes, o aspecto familiar e o relacionamento com os amigos exercem influência significativa, sendo que a presença de conflitos familiares está associada ao alto consumo de drogas (De Micheli, 2001).

Famílias em que a convivência entre seus membros é ruim são mais suscetíveis ao uso de drogas, principalmente aquelas que apresentam déficit em áreas que envolvem afetividade e estabelecimento de limites (Rebolledo *et al.*,2004).

Somado ao que foi colocado, Péres-Gomes & Mejía-Motta (1998) apontam também para essa questão ao investigarem características e padrões de interação em famílias que não apresentam membros consumidores de substâncias psicoativas. Constatam que a qualidade da relação do adolescente com os pais é o fator protetor mais eficaz contra o consumo de drogas. Fatores como expressão de afeto, coesão familiar, comunicação e diálogo, autonomia dos membros, clareza e coerência nas normas que regem o funcionamento familiar, congruência entre os pais sobre a forma de educar e os filhos são características que tanto os pais como os filhos utilizaram, de maneira repetida, para descrever sua situação familiar.

Com relação ao papel da família na prevenção do uso de drogas, é fundamental dispor de informações sobre as causas do início do consumo e dos efeitos das diferentes drogas. Os pais devem passar informações aos filhos dentro de um clima familiar adequado sem recorrer desnecessariamente ao argumento catastrófico das consequências do consumo de drogas. É importante que a conversa sobre uso de drogas ocorra de forma clara, sempre adaptada à idade dos filhos. A falta de informação sobre o efeito das diferentes drogas pode ser um dos aspectos que podem impedir a percepção de se o filho está começando a consumir substâncias psicoativas.

Em relação ao envolvimento dos pais na problemática dos filhos, é importante ressaltar que, em geral, os familiares de adolescentes usuários de drogas participam mais do tratamento e são menos resistentes quando comparados aos familiares de adultos que fazem uso de droga. Isso se dá porque o adolescente, geralmente, vive com os pais e estes se sentem diretamente responsável pelos filhos (Fishman *et al*, 1997).

Por outro lado, os mesmos autores apontam para situações nas quais o adolescente se apresenta solitário em seu pedido de ajuda. A não presença dos responsáveis pode estar relacionada ao fato da família desconhecer o uso de drogas pelo filho ou evitar acessá-lo demais para não piorar a situação. Isso também pode ser entendido como manobras protetoras, um modo para impedir que o terapeuta entre no sistema familiar e questione a sua dinâmica.

Ainda de acordo com Fishman *et al*, (1997), envolver a família no acompanhamento do adolescente é de extrema importância, uma vez que ajuda o sistema familiar a se mobilizar para ajudá-lo. O atendimento relacionado à questão da droga implica adentrar a dinâmica da

família e compreender a relação do paciente identificado com seus pais, demonstrando compreensão.

Em destaque à colocação dos diversos autores, não é raro encontrarmos em nosso trabalho a crucial tarefa que as famílias enfrentam, com suas similaridades e peculiaridades, na educação de seus filhos, muitas vezes sinalizada pela rebeldia e reação frente aos limites impostos por eles e que, somado as questões atuais da nossa tão violenta sociedade, desdobra-se num turbilhão de problemas. Assim e por conta das características já mencionadas sobre adolescência, família e drogas, um dos grandes desafios que se instaura é a discriminação entre o que é esperado para um adolescente e o que aparece desfigurado pelo uso de alguma substância, seja ela lícita ou ilícita. Nesse caso, como apontado, a informação sobre as drogas é a nossa grande aliada no atendimento as famílias e seus filhos usuários.

2.4 A Família e seus significados: conversações possíveis

O diálogo é a única atividade humana que cria uma família brilhante e calorosa. Como seria maravilhoso se essa atividade, iniciando-se no lar, propagasse suas ondas pela sociedade!

Daisaku Ikeda

Frente à situação de vulnerabilidade observada nas famílias atendidas no Projeto Quixote, torna-se importante, em nosso trabalho, considerar a teia de significados nela contida. A conversação como forma de trilhar novos caminhos abre uma gama de possibilidades para lidar com problemas tão difíceis, enraizados em discursos dominantes e que são apresentados por narrativas diferentes pelos diversos membros da família.

Todo viver humano se dá inserido nas redes de conversações que constituem a cultura de uma determinada comunidade. As conversações em família inventam a vida privada, garantem a transmissão de tradições, valores, experiências acumuladas, padrões, mitos e rituais próprios da cultura familiar, criando uma identidade em movimento constante, conforme se mantém ou mudam as narrativas organizadoras da experiência de vida em família, com seus arranjos e papéis (Grandesso, 2011).

Grandesso (2011) afirma que cada pessoa na sua rede de conversações desenvolve uma compreensão do significado que a família tem para si. Histórias construídas entre os membros da família através de palavras, gestos, atitudes e, mesmo no que se diz pelo silêncio, constroem uma rede de crenças compartilhadas sobre a família de cada um, mantida e ressignificada em diferentes contextos de vida.

Sluzki sobre esse tema diz:

Nosso mundo social é constituído pela e através de uma rede de múltiplas histórias ou narrativas. Esta ecologia de histórias, com diferentes graus de dominância, em diferentes momentos e diferentes contextos, estabelece as referências dentro das quais tomamos conhecimento de nós mesmos e dos outros, dentro das quais estabelecemos prioridades, cobramos obrigações e privilégios, estabelecemos normas para comportamentos adequados ou inadequados, atribuímos significados e ordenamos os eventos no tempo. (Sluzki, 1992, p. 218-219).

Sarti (2003) diz que na família cada membro terá uma versão de sua história sobre si mesmo. Cada família organiza sua história numa narrativa oficial construindo significados para a experiência vivida dentro dos limites de seu mundo e da sua cultura.

Como aponta Grandesso:

Para compreendermos uma configuração familiar, devemos olhar para as circunstâncias do viver que tornaram possível a mudança no emocional que lhe deu origem como um modo de convivência e constituiu sua dinâmica relacional sistêmica. As redes de conversações que organizam esse novo emocional permitem que essas outras formas de vida passem para outra geração, o que podemos compreender acompanhando as narrativas construídas conservadas e mudanças ao longo da história da família (Grandesso, 2011, p. 18).

Narrativas são organizadas em relatos que apresentam uma sequencialidade e contextualizam seus enredos dando-lhes uma inteligibilidade. Nascemos e crescemos em meio às histórias. Estas se constituem nas pessoas que somos, na nossa identidade e num fluxo constante de intercâmbios, é também conservada, transformada e mantida por nós na construção de sentido para o mundo em que vivemos tal qual o compreendemos (Grandesso, 2011).

Tomo emprestada a consideração de Cecchin sobre a narrativa e que foi colhida sabiamente por Grandesso (2011) para elucidar o processo transformador e possível quando acolhemos a história da família:

O ser humano é, antes de qualquer coisa, um narrador. Todas as pessoas têm uma história para contar; e, se não a tem, deixam de existir como pessoas. São suas histórias que as fazem humanas; mas também o que as aprisionam [...] tornam-se extremamente fiéis aos seus relatos trágicos, e é aqui onde entra a terapia. Lentamente, o terapeuta se compromete a escrever conjuntamente uma nova história. E eles constroem uma nova realidade. (Cecchin *apud* Payne, 2002, p.65).

De acordo com Szymanski (2004) é dentro desta perspectiva que as famílias constroem temas dominantes que definem experiências, significados e interações, resultando em um impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Daí a importância das histórias na organização da experiência humana, que oferece explicações e funciona como meio de se fazer inteligível no mundo social. Ao construirmos nossa história, não só estamos nos apresentando ao outro, mas também a nós mesmos e ao mundo. As histórias representam, assim, o resultado de empenhos para dar um sentido à vida, organizando a experiência em sequências temporais, configuradas em relatos coerentes sobre nós e o mundo. Uma narrativa só pode constituir-se à medida que acontecimentos passados são conectados a acontecimentos presentes e a desdobramentos futuros possíveis, em uma sequência linear que, brindando a pessoa com um sentido de continuidade da existência, lhe oferece um marco referencial para interpretar sua cotidianidade e construir seus futuros possíveis (Grandesso, 2011).

É preciso considerar que, embora vivenciadas, não são todas as experiências que fazem parte da narrativa de história de vida. Isso acontece porque não entendemos o que estamos experimentando, porque essas experiências não são narráveis, carece de recursos representativos e narrativos ou porque nos falta vocabulário (Grandesso, 2011).

Em nosso trabalho essa afirmação da autora pode ser observada quando lidamos, por exemplo, com situações que envolvam experiências muito sofridas, como o abuso sexual e outras violências. Muitas vezes é preciso esquecer para seguir em frente e nosso papel é fundamental para ajudar as vítimas a construírem uma nova narrativa para sublinhar um caminho que lhe seja possível.

CAPITULO III

MÉTODO

Foram feitos breves estudos de casos que revelaram a dinâmica relacional entre os membros de cada família, especialmente no que se refere à problemática da droga. O método usado nesse estudo é o clínico qualitativo.

O método clínico qualitativo corresponde ao estudo e à construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em *settings* de saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentido e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo (Turato, 2004).

De acordo com Ludke (2006), o método clínico propõe-se a observar os fenômenos de modo independente de sua frequência, com ênfase na forma como ocorrem, ou seja, no processo. Desse modo, o objetivo da pesquisa qualitativa consiste em obter dados descritivos de uma situação, o que pressupõe o contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado, da forma como é proposta nesta pesquisa.

Lagache (1979) considera a respeito do método clínico que:

Considerar a conduta na sua perspectiva própria, salientar tão fielmente quanto possível as maneiras de ser e reagir de um ser humano concreto e total, mergulhado numa situação, procurar estabelecer o sentido, a estrutura e a gênese, descobrir os conflitos que motivam essa conduta e os passos que tendem a resolver esses conflitos, tal é em resumo o programa da psicologia clínica.

Pelo estudo dos casos, o psicólogo aprende a abordar os seres humanos, a levá-los a expressar-se, a representar a sua vida e a sua conduta a favor da interpretação compreensiva dos comportamentos considerados como significativos e expressivos. O psicólogo encontra no estudo dos casos um contato direto com os problemas humanos. (Lagache, 1979, p 22-23).

3.1 Participantes

Participaram deste trabalho dois familiares (os dados serão explicitados no próximo capítulo) que buscaram por nosso serviço com queixas relacionadas ao uso de drogas por seus filhos/neto adolescentes. Cabe destacar que foi considerado família, a pessoa que

acompanhava o tratamento do adolescente, apresentando uma ligação com este através de laços sanguíneos e/ou afetivos. O critério para a participação foi o de ter procurado o CAPS II Infante Juvenil e estar participando do atendimento familiar no Projeto Quixote há mais de três meses e ter um membro da família, filho/neto, usuário de drogas. Os familiares foram convidados a participar e assim esse estudo teve uma amostra por conveniência.

3.2 Procedimentos

a) Primeiro encontro:

As participantes foram convidadas individualmente a participar do estudo. Após a leitura dos objetivos e procedimentos com os esclarecimentos necessários, as famílias que aceitaram foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (em anexo).

b) Termo de consentimento da instituição:

O termo de consentimento do Projeto Quixote foi concedido antes do início deste estudo, após apresentarmos seu objetivo e cronograma.

c) Aplicação do genograma:

Após o primeiro encontro e assinatura do termo, as participantes foram solicitadas a relatar aspectos da dinâmica familiar durante a construção do genograma, a partir de três gerações. Foram utilizadas três sessões para aplicação do instrumento. Os nomes foram trocados para garantir-lhes o sigilo.

3.3 Instrumento

O instrumento utilizado no estudo foi o genograma. Originalmente o genograma foi utilizado por investigadores no domínio das ciências sociais, sobretudo da genética, para o estudo de doenças de transmissão hereditária. Nos anos 70 do século XX viria a ser desenvolvido por Murray Bowen, psiquiatra, pioneiro da terapia familiar e terapia sistêmica. Inicialmente designado “diagrama familiar” e destinado à organização de dados sobre o sistema familiar multigeracional, foi renomeado em 1972 como “Genograma Familiar”

(Nichols & Schwartz, 1998). É na década de 80 que ocorre a padronização dos genogramas, especificamente no que respeita a simbologia e regras (McGoldrick & Gerson, 1985).

Assim, as representações gráficas utilizadas neste trabalho correspondem à simbologia utilizada por McGoldrick, estabelecida pela Comissão de Revisão Acadêmica do Genograma, que após um período de estudos de 1978 a 1998, definiu os padrões de construção do Genograma (Gomez, 2008).

O aspecto estrutural do genograma representa a arquitetura familiar, sendo disposto de forma horizontal e vertical. As linhas verticais representam as gerações familiares, o que segundo McGoldrick (1987), deverá registrar informações sobre os membros da família por no mínimo três gerações; logo o genograma apresentará de três a quatro linhas verticais, conforme o histórico familiar apresentado. Por exemplo: 1º linha poderá corresponder aos avós do paciente identificado (PI), 2º linha poderá corresponder à geração dos genitores do PI; 3º linha poderá corresponder à geração do PI e 4º linha poderá corresponder aos descendentes do PI. As linhas horizontais irão representar o número de indivíduos que compõem cada geração familiar.

3.4 Local da realização da pesquisa

3.4.1 Projeto Quixote

Os encontros com as famílias foram realizados na sede do Projeto Quixote - Vila Mariana, em consultório de atendimento clínico localizado no 2º andar, isento de ruídos e em particular com cada família. O Projeto Quixote é uma OSCIP (Organização da sociedade civil de interesse público), sem fins lucrativos. Existente desde 1996 busca construir com crianças e jovens em situação de risco social, alternativas eficientes para os desafios cotidianos de suas vidas, como a violência, o abandono, a falta de referências e o uso e abuso de drogas. Atuando nas regiões da Vila Mariana e Central, tem como missão transformar a história de crianças, jovens e famílias em complexas situações de risco, por meio de atendimento clínico, pedagógico e social integrados, gerando e disseminando conhecimento.

A equipe do Projeto Quixote é multidisciplinar e compõe-se de psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, terapeuta ocupacional, enfermeira, educadores, oficinheiros, estagiários, voluntários, fonoaudióloga e médica. Os trabalhos desenvolvidos no Projeto Quixote são constituídos das seguintes áreas: Núcleo clínico: atendimento psicológico e psiquiátrico; Núcleo de atenção à família (oficina de mães, atendimento individual e grupos multifamiliares); Núcleo psicopedagógico: acolhimento, oficina de grafite, oficina lúdica, usina da imagem e apoio psicopedagógico; Núcleo de ensino e pesquisa; Núcleo de educação para o trabalho: inserção dos adolescentes no mercado de trabalho; Programa Cuidar: atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, bem como seus familiares.

3.4.2 CAPS II Infante Juvenil do Projeto Quixote

No Projeto Quixote o Programa Clínico oferece atendimento psicológico, médico e psiquiátrico e conta com uma equipe conceituada que garante nossa referência na área de droga e saúde mental. Em 2012 o Projeto Quixote passa a ser, dentre outros programas que o compõe, um CAPS II Infante Juvenil, referência no atendimento a crianças e adolescentes usuários de drogas.

Em consonância com a política pública da Secretaria da Saúde, o Programa CAPS II Infante Juvenil do Projeto Quixote tem como proposta oferecer atendimento, realizar acompanhamento clínico e promover a reinserção social dos seus usuários através do acesso e garantia dos seus direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, buscando a garantia do cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Recebemos crianças e adolescentes e seus familiares que trazem desafios cotidianos de suas vidas, como a violência, a situação de rua, o abandono, a falta de referências, saúde mental e o abuso de drogas. São encaminhamentos de diversos centros de referência da infância e adolescência tais como Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude, Medida Sócio Educativa, além das escolas e da rede em geral.

A equipe clínica é composta por psicólogos, assistentes sociais, médicos psiquiatras, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, redutores de danos, entre outros, e tem como proposta

de atendimento o atendimento individual, terapias em grupo, oficinas de dança, teatro e esporte, visitas domiciliares e institucionais e atendimento aos familiares.

Os atendimentos e encaminhamentos são realizados visando a articulação com a rede e serviços de saúde regionais. A equipe participa também do Matriciamento, que tem como objetivo o cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

Em 2014 foram realizados 6702 abordagens psicossociais de prevenção e tratamento para a população infanto-juvenil e seus familiares com dificuldades geradas pelo consumo abusivo de drogas, além de outros comportamentos que impossibilitavam seu desenvolvimento e sua inserção na sociedade.

3.4.3 Núcleo de Atenção à Família

O Núcleo de Atenção à Família trabalha inspirado numa perspectiva sistêmica integrada a diferentes níveis de ação terapêutica individual e grupal e recebe as famílias que chegam ao Projeto Quixote objetivando o atendimento de seus filhos. Os familiares que buscam o serviço são atendidos individualmente e/ou em grupos multifamiliares, que são verbais e ocorrem semanalmente. Tem como objetivo principal construir um espaço de expressão da subjetividade e do fortalecimento dos vínculos familiares, em especial da relação pais-filhos. **Grupo de Terapia Multifamiliar:** O Grupo de Terapia Multifamiliar tem funcionado como porta de entrada para o acesso às famílias e funciona como um espaço facilitador para mudanças nos padrões de relacionamento, uma vez que possibilita que seus membros possam ampliar as percepções sobre si mesmos e sobre os problemas que os afetam. As intervenções têm caráter de reflexão, buscando reforçar os aspectos positivos das relações familiares e pessoais. (Fender & Escudero, 2011).

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Figura 1 - Genograma família de Helenita

Ciclo vital: adolescência/ madura

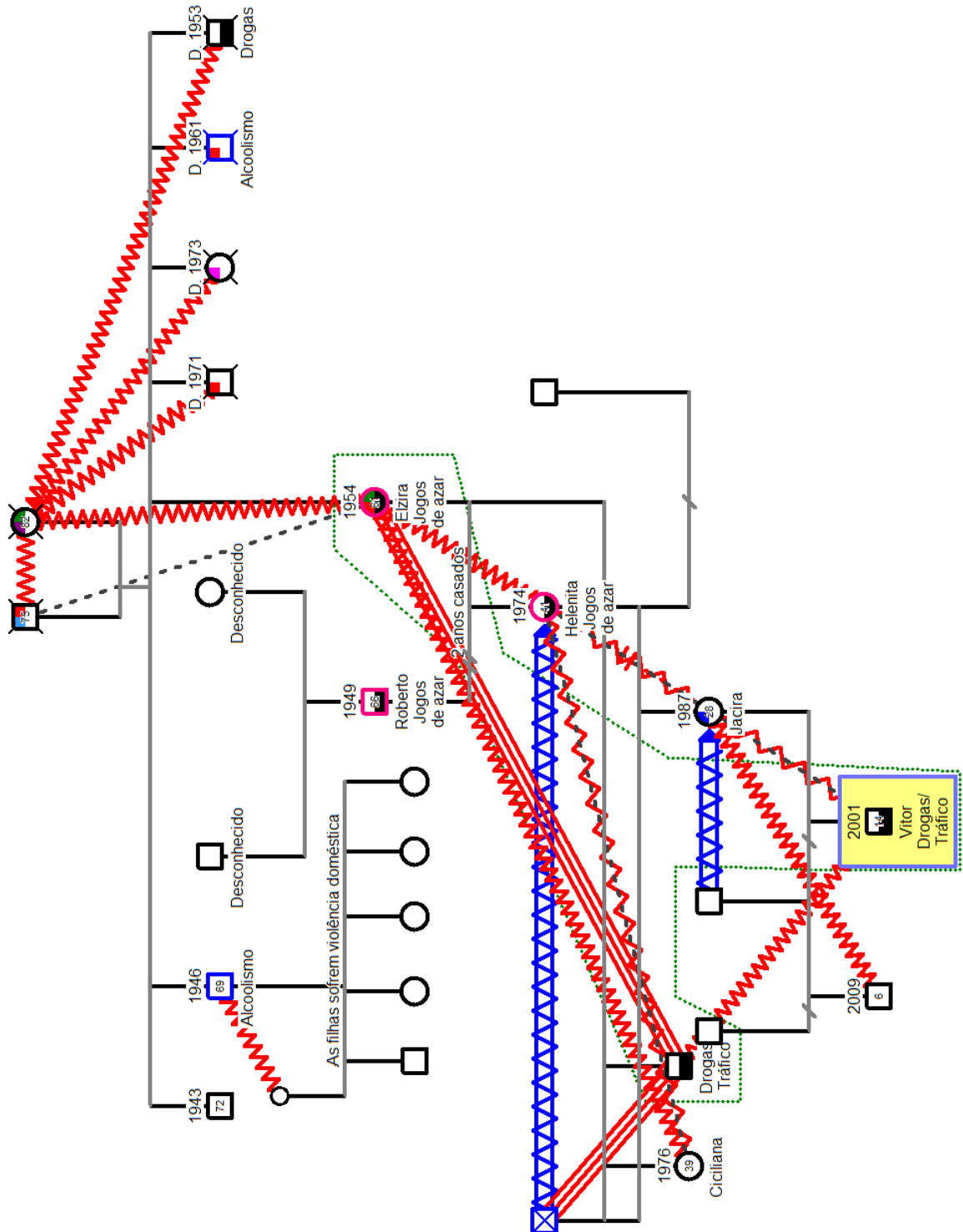


Figura 2 - Simbologia do genograma da família de Helenita

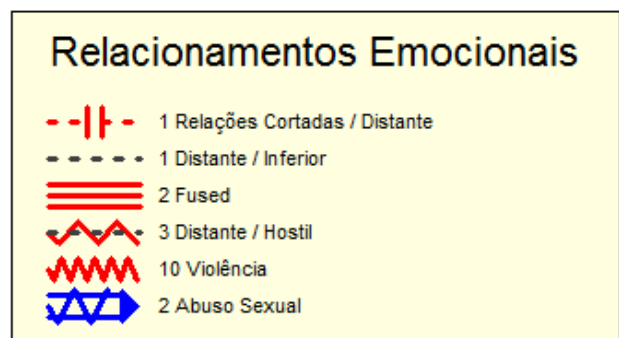
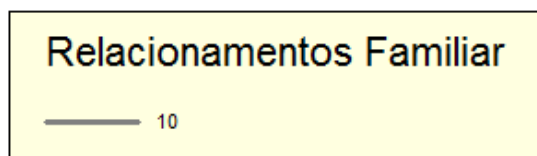
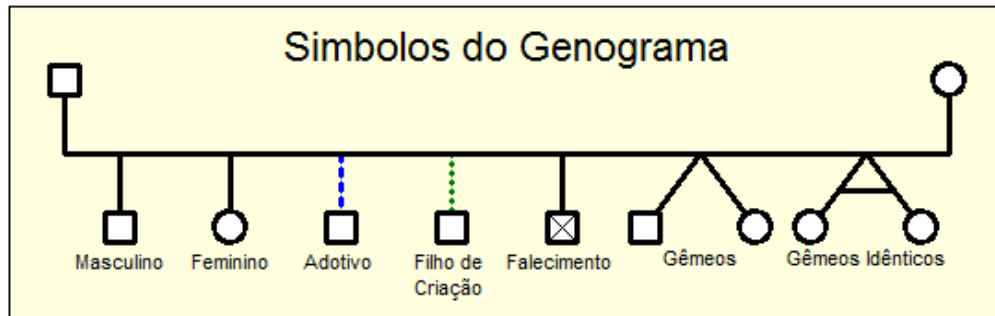


Tabela 2 - Padrões de interação encontrados no genograma da família de Helenita

| Uso de drogas/ narcotráfico | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1ª geração | Álcool, cigarro |
| 2ª geração | Álcool, drogas e Jogo |
| 3ª geração (Helenita) | Álcool, Jogo, Sexo, cigarro, Drogas (cocaína, maconha), narcotráfico |
| 4ª geração | Desconhecido |
| 5ª geração (Vitor) | Drogas (cocaína, maconha, cigarro), narcotráfico. |
| Violência | |
| 1ª geração | Violência conjugal e na relação com os filhos |
| 2ª geração | Violência na relação com os filhos |
| 3ª geração (Helenita) | Violência na relação com os filhos/ Violência sexual |
| 4ª geração | Violência na relação com os filhos/ Violência sexual |
| 5ª geração (Vitor) | Violência na relação com a família |
| Outros Transtornos e saúde clínica | |
| 1ª geração | Obesidade, problemas cardíacos. |
| 2ª geração | Obesidade, problemas cardíacos. |
| 3ª geração (Helenita) | Obesidade, Depressão |
| 4ª geração | Desconhecido |
| 5ª geração (Vitor) | |

4.1 Percurso institucional: família de Helenita

Há dois anos, a avó Helenita, 41 anos, buscou o serviço para tratar de seu neto, Vitor, atualmente com 14 anos, que fazia uso de maconha e cocaína, além do envolvimento com o narcotráfico. Para Vitor, que estava presente na data do acolhimento, foi construído um planejamento de atendimento. Para a avó, o grupo multifamiliar e atendimento individual. Tanto Helenita como Vitor aderiram bem ao tratamento. Por conta de uma ameaça de morte logo após a sua chegada, Vitor foi submetido a uma medida protetiva e encaminhado para um abrigo no qual permaneceu até pouco tempo. No abrigo Vitor fazia uso de cigarro e, eventualmente, maconha.

Durante o abrigamento de Vitor, Helenita, que morava com a Elzira, sua mãe e o irmão, recebeu a proposta de ocupar a casa de um amigo, que estava fazendo. Desde então, Helenita passou a trabalhar a ideia de acolher Vitor em sua casa quando ele saísse do abrigo. Apesar de desejar o neto perto de si, Helenita demonstrava muito medo de Vitor voltar a se envolver com “más companhias”.

Mesmo com Vitor abrigado, ambos continuaram a frequentar assiduamente o nosso serviço, pois o abrigo o trazia para participar de atividades. Vitor passou por atendimento individual e grupos terapêuticos. Helenita participou alguns encontros do grupo multifamiliar e hoje segue em atendimento individual semanal. O atendimento de Helenita tem como objetivo principal acolher as suas questões e ajudá-la a modificar a dinâmica familiar violenta, em especial na relação com Vitor.

Helenita é funcionária pública, trabalha como assistente administrativa em uma escola e faz faculdade de Administração no período da manhã. No momento da sua chegada a situação familiar mostrava-se bastante violenta, na qual a agressão física e verbal se faziam presentes na dinâmica familiar.

Recentemente, após um ano e dois meses abrigado, Vitor fugiu do abrigo e procurou a família, com o pedido de voltar para casa. A avó e bisavó foram orientadas a buscar o Fórum da Infância e Juventude para solicitar o desabrigamento, o que foi concedido prontamente pelo juiz responsável, visto que o abrigamento já não fazia mais sentido.

Na ocasião, realizamos um encontro com a família, no qual estavam presentes Helenita (avó), Elzira (a bisavó) e Vitor. Foram colocadas questões tais como: acordos que Vitor deveria cumprir na casa da avó, em especial o de manter-se longe do tráfico, buscar realizar cursos no contra turno da escola e não levar os amigos para casa na ausência da avó. Vitor concordou e se comprometeu a cumprir o acordo. Para a família foi solicitado que pudessem praticar mais diálogo e menos violência.

Recentemente, recebemos a informação da avó de que Vitor voltou a se envolver com o tráfico e a usar muita droga. Por conta do furto a um vizinho próximo à residência da avó, Vitor está ameaçado de morte pelos traficantes locais. Por conta disso, voltou a morar na casa de Elzira, a bisavó. Helenita segue seu atendimento, com assiduidade.

4.2 Curso do trabalho

Primeira sessão: apresentação do estudo à avó e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Segunda sessão: aplicação do genograma

Para a realização do genograma, foram convidadas a participar Elzira e Helenita. Porém, no primeiro encontro, compareceu apenas Helenita. O genograma teve início com seus avós maternos, já que pouco conhece da família de seu pai.

Helenita conta que a avó era uma pessoa carinhosa com os netos, muito embora não tenha muitas lembranças dela. Vivida do artesanato, fazendo flores. Seu avô, por outro lado, era um homem violento. Dos seis filhos dessa geração, dois deles (incluindo Elzira) são violentos na relação com os filhos e fazem ou fizeram uso de álcool. Um dos tios praticava violência contra a companheira, e suas filhas também sofrem violência por parte dos seus companheiros atuais.

Sua mãe, Elzira, 61 anos, com quem Helenita sempre vivenciou uma situação difícil, manteve duas uniões: a primeira união, na qual se casou “de noiva”, Elzira ficou por dois anos, sendo abandonada quando engravidou de Helenita, motivo que fez com que Helenita

conhecesse o pai muito tempo depois. Diz que seu pai é viciado em jogo e perdeu tudo o que tinha por conta disso. Atualmente Helenita não mantém mais contato com o pai e há muito tempo não tem notícias dele. Não sabe se está vivo ou morto. Helenita desconfia que Elzira ainda seja apaixonada por ele. Até os cinco anos Helenita foi cuidada pela avó. Da segunda união, Elzira teve dois filhos: Carlos, 32 anos e Ceciliana, 29 anos. Carlos é muito violento, tem envolvimento com o tráfico e é usuário de múltiplas drogas. Mantém um relacionamento muito conflituoso com Vitor, em quem bate violentamente quando está sob o uso de substância. Esse fato piorou com a recente volta de Vitor para a casa do tio.

Helenita lembra que ela e sua irmã apanharam muito de Elzira. Por outro lado, diz que o irmão nunca apanhou, sendo considerado o xodó da mãe. Helena lamenta: “*os homens dessa família foram poupados da violência*” (sic). Diz isso se referindo ao Vitor e seu tio, cuja educação dada por Elzira nunca envolveu a violência conhecida por Helenita. Essa lamentavelmente constatação de Helenita leva em consideração sua percepção de que em sua família a violência impera nas relações.

Quando estava com 11 anos e nove meses, Helenita foi violentada sexualmente pelo padrasto que, na ocasião, foi preso pelo crime. Sua mãe a culpa por isso até hoje. Após o abuso, quando Helenita se deu conta de estar grávida, a gravidez já estava avançada, por volta dos cinco meses. Apanhou muito quando Elzira soube da gravidez, e ainda mais quando soube de Helenita que havia sido abusada pelo padrasto. Foram nessas condições que Helenita engravidou de Jacira, sua filha, atualmente com 28 anos.

Jacira é mãe de Vitor, que se suspeita também ser fruto de um abuso, embora Jacira nunca o tenha admitido claramente para a família. Diz apenas que foi “seduzida” por um velho. Assim, teve Vitor quando também estava com 12 anos. Cabe lembrar que a idade (12 anos) coincide com a idade de chegada de Vitor ao CAPS.

Quando Helenita teve a filha, ambas ficaram sob os cuidados de Elzira. Helenita nunca conseguiu se aproximar da filha, a quem ela diz nunca ter amado. Quando soube que Jacira havia engravidado diante das mesmas condições, Helenita não conseguiu se mostrar disponível. Considera ter jamais exercido o papel de mãe. No entanto, quando sua filha estava com seis anos de idade, Helenita teve vontade de fugir de casa, só não fugiu porque considerava que, ao sair, Elzira iria começar a bater na menina, já que Helenita (o alvo de sua

violência) não estaria mais em casa. Tinha medo que a violência se voltasse contra a filha. Nesse momento, é colocado a Helenita a ação protetora dela com a filha.

Helenita passou muito tempo com a culpa de ter sido a responsável por levar o padrasto preso. Hoje não mais. Elzira, na época, pediu para Helenita tirar a denúncia e formalizar o casamento com o padrasto, o que ela acabou por fazê-lo, depois de muita pressão. Por conta da relação violenta com a mãe, Helenita sai de casa aos 18 anos com um homem bem mais velho, com quem viveu por dois anos, após separar-se dele. A separação se deu porque ele insistia que Helenita deveria ficar com a pensão do padrasto, que lhe era de direito. Essa pensão é recebida por Elzira até hoje. Helenita não lutou por isso por achar que esse dinheiro lembraria o que tentava, dia a dia, esquecer.

Durante os anos seguintes, Helenita envolveu-se com álcool e sexo, tentou tirar a vida por duas vezes (ingerindo medicamento). Deprimiu e luta com essa depressão e falta de esperança até hoje. É resistente frente ao encaminhamento para avaliação psiquiátrica.

Terceira sessão: genograma – participação de Elzira (bisavó) e Helenita (avó)

Foi pedido a Elzira que falasse sobre a família de origem. Ela é a filha mais nova de seis irmãos. Três deles morreram bastante jovens: dois irmãos, com 54 e 44 anos, de problemas cardíacos e a irmã, com 42 anos, de câncer.

Elzira chora ao contar que, tanto o pai como a mãe eram violentos, principalmente a mãe, de quem apanhava muito. Na infância, eventualmente, Elzira e seus irmãos eram levados para trabalhar com o pai na roça porque a mãe saía para trabalhar. Quando se recusavam a ajudá-lo ele os agredia com o cabo da enxada, muitas vezes corriam para não apanhar. O pai acabava tendo menos oportunidade de bater nos filhos porque ficava boa parte do tempo fora, trabalhando, porém não poupava a esposa da violência. Elzira foi obrigada a trabalhar desde os sete anos de idade, lavando roupa pra fora. Sua mãe, além do artesanato, também lavava roupas. A mãe de Elzira morreu aos 82 anos de Alzheimer e, o pai, aos 75 anos, do coração.

Quanto ao uso de drogas, Elzira fala do pai, que bebia e fumava muito. E também de dois irmãos, com uso de álcool. Nesse momento, Helenita intervém e lembra que Elzira

também bebia muito. Elzira sorri envergonhadamente, confirma, mas diz que atualmente não bebe mais.

Fala sobre Vitor, o bisneto, e Carlos, seu filho. Para se relacionar com o filho usuário de drogas, tem usado o desprezo, o que acredita estar funcionado, pois ele está mais calmo e receptivo. Considera que com Vitor deva-se usar a mesma “técnica”. Nesse sentido, falamos sobre o quão era também violenta essa forma de se relacionar. Sobre a outra filha, Cecília, Elzira pouco se refere. Helenita também não comenta nada sobre a irmã, apenas que, com as questões apresentadas por Vitor, elas ficaram mais unidas.

Elzira fala de Jacira, filha de Helenita, de quem cuidou desde o nascimento. Lembra que Jacira fugiu pela primeira vez aos seis anos de idade, não queria voltar para não apanhar da bisavó. Elzira nega que batia na neta, embora Helenita confirme prontamente esse fato. Vitor também foi cuidado pela bisavó desde o nascimento. E também apresenta o hábito, como sua mãe, de fugir de casa desde criança.

Quando Vitor começou a fugir de casa e apresentar problemas na escola, por volta dos nove anos, a bisavó o mandou para a casa de Jacira, a mãe, alegando que não poderia mais ficar com ele. Porém, Vitor foi tratado com tanta violência, que Elzira foi buscá-lo de volta. Há muito tempo, Jacira mantém-se distante da família, inclusive de Vitor. Teve um filho de outro relacionamento, Pedro, seis anos. Sabe-se que ela bate muito no filho mais novo, a ponto dele apresentar muito medo da mãe. Helenita vez ou outra pega o neto para passar o dia com ela.

Atualmente, Jacira mantém contato distante com Elzira e Helenita. Ambas são bastante ressentidas com isso. Quando questionadas sobre os motivos, não atribuem o distanciamento de Jacira à violência que praticaram contra ela. Elzira e Helenita também não buscam a companhia de Jacira. Helenita diz ter desistido da filha e não tem vontade alguma de procurá-la.

Figura 3 - Genograma família de Rita

Ciclo vital: adolescência

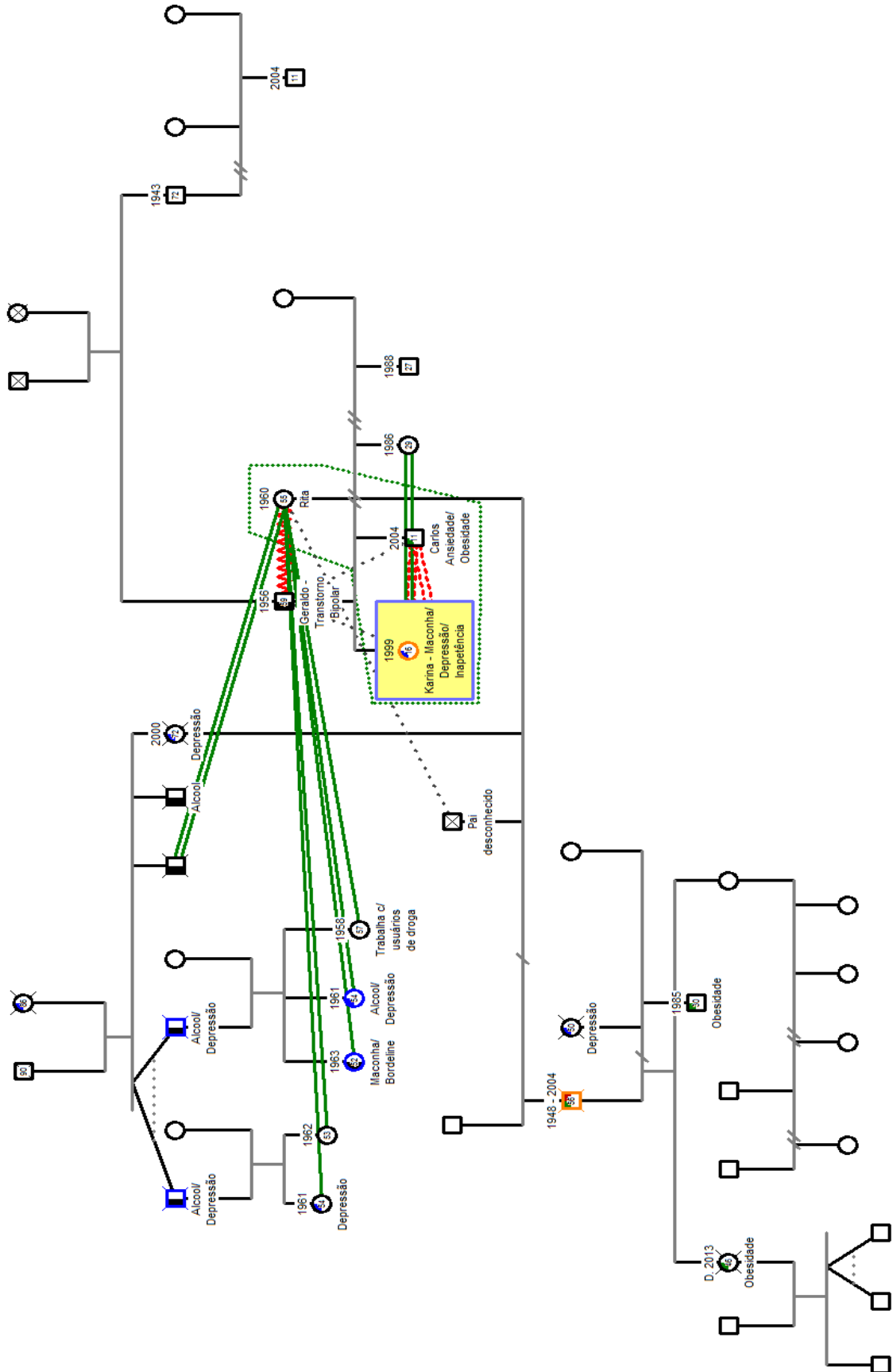


Figura 4 - Simbologia do genograma da família de Rita

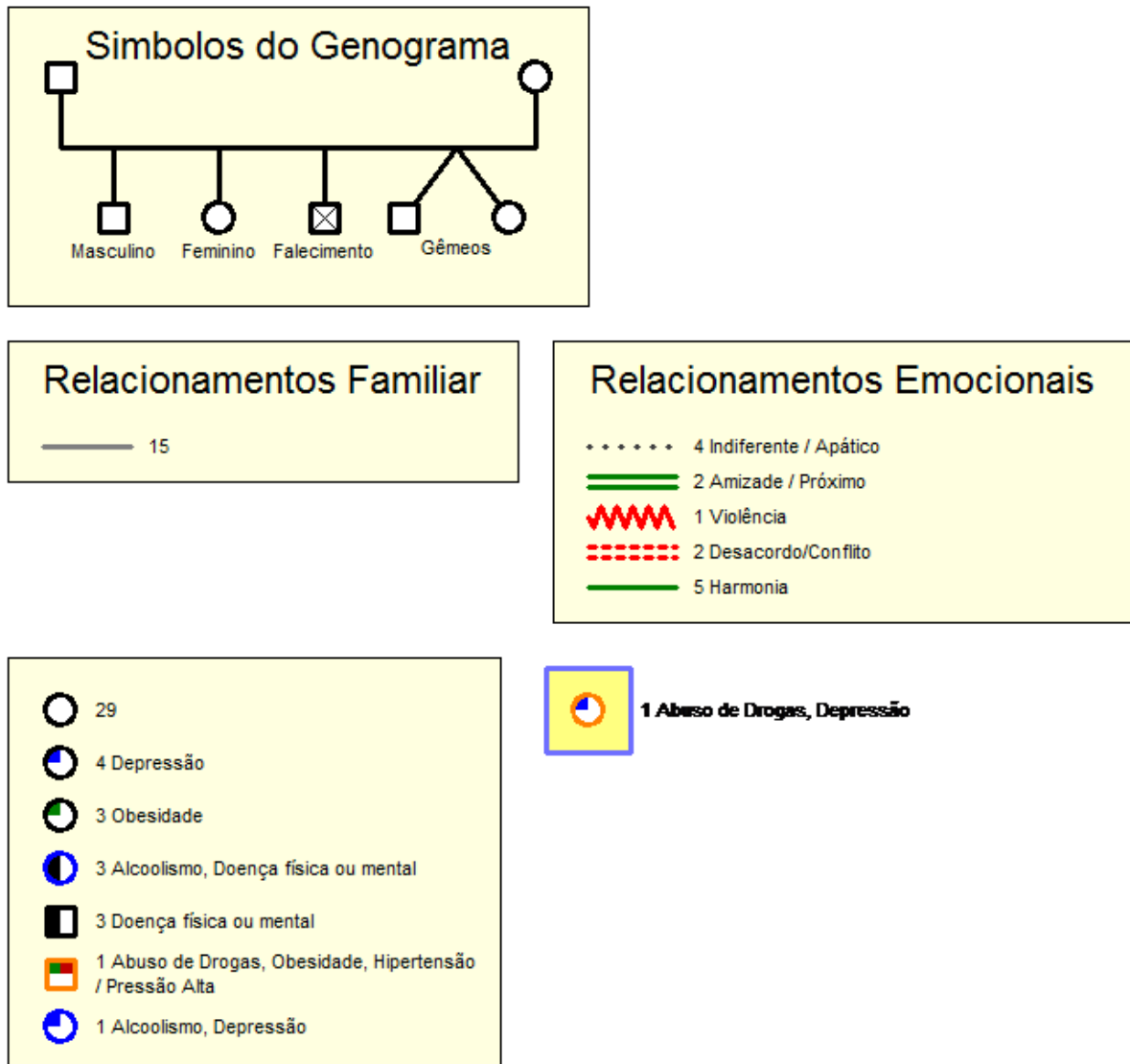


Tabela 3 - Padrões de interação encontrados no genograma da família de Rita

| Uso de drogas | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1ª geração | Desconhece o uso de drogas |
| 2ª geração | Álcool, Maconha |
| 3ª geração (Rita) | Cocaína |
| 4ª geração (Karina) | Maconha (Karina: paciente identificada) |
| Violência | |
| 1ª geração | Desconhece |
| 2ª geração | Não |
| 3ª geração (Rita) | Sim (pai de Karina) |
| 4ª geração (Karina) | Sim |
| Outros transtornos e saúde clínica | |
| 1ª geração | Desconhece |
| 2ª geração | Depressão |
| 3ª geração (Rita) | Obesidade, transtorno afetivo bipolar, comp. a mentir, depressão |
| 4ª geração (Karina e Carlos) | Depressão, obesidade, ansiedade |

4.3 Percurso institucional: família de Rita

A mãe, Rita, 56 anos, é encaminhada pela UNIFESP com o objetivo de buscar ajuda para sua filha Karina, 16 anos, usuária assídua de maconha. Rita chega sozinha ao serviço, pois Karina é resistente em participar de nossas atividades e receber tratamento.

Inicialmente, a mãe é atendida individualmente durante alguns encontros. Em seguida, encaminhada para o Grupo Multifamiliar, com a finalidade de ajudá-la a se fortalecer e conseguir trazer a filha para o serviço. A mãe mantém seu acompanhamento de maneira frequente no grupo.

Além do acolhimento familiar, foi realizada visita domiciliar a fim de estabelecer vínculo com Karina e tentar trazê-la ao serviço. Por conta do seu talento para a música (Karina toca violão muito bem), a jovem foi apresentada para a educadora responsável pela oficina de violão (presente na visita). A abordagem não buscou falar do tema da droga, fato que poderia fazê-la evadir-se do serviço sem ao menos conhecê-lo. Depois de alguns meses, após muita resistência, Karina chegou a passar por três consultas psiquiátricas, mas disse não querer mais voltar. Pensou-se como hipóteses diagnósticas um quadro depressivo e suspeita de transtorno alimentar, dada a recusa de Karina em se alimentar por considerar-se gorda (embora extremamente magra).

Durante o atendimento individual e participação no grupo, a mãe manifestou muita preocupação com a filha, que necessita da maconha para tudo: manter-se acordada ou dormir, comer e conseguir frequentar a escola. Em certos momentos a falta da droga a deixa tão irritada e violenta, a ponto de certa vez destruir a cozinha de casa. Karina também brigou violentamente com um amigo, chegando a quebrar uma de suas mãos para se defender.

A mãe associa a piora do estado clínico de Karina (aumento do uso de maconha, desmotivação para realizar atividades cotidianas) a um fato importante ocorrido pouco tempo depois de sua chegada ao serviço: Karina fazia parte do escotismo, com muito envolvimento. Como um dos lemas do escotismo é falar a verdade, Karina resolveu contar que estava fazendo uso de maconha. Eles a suspenderam por um tempo. Karina nunca mais quis voltar e colocou em questão se deveria continuar falando a verdade. Seu irmão, que já participava, ainda participa normalmente do grupo.

A preocupação da mãe também se estendia ao filho mais novo Carlos, 11 anos, pois Karina faz uso de maconha dentro de casa, consentido pela mãe por considerar que usar droga fora de casa a colocava ainda mais em risco. A mãe disponibiliza semanalmente a Karina o valor para a compra da maconha. Carlos se sente injustiçado e quer o equivalente, para que possa comprar suas coisas com o dinheiro dado pela mãe. Rita se sente muito perdida e não sabe o que fazer a esse respeito. Diz ter dificuldades para estabelecer limites e sente que sua autoridade como mãe não é respeitada pelos filhos. Sua participação no grupo tem como principal objetivo ajudar Rita a se fortalecer para melhor orientar e cuidar dos filhos. Atualmente Rita vem recebendo atendimento individual e está bastante vinculada ao serviço.

4.4 Curso do trabalho

Primeira sessão: apresentação do estudo à mãe e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Segunda sessão: aplicação do genograma

Diante da proposta de realização do genograma, Rita mostrou-se colaborativa e empolgada em resgatar as histórias das gerações anteriores. Enquanto o genograma é realizado, Rita traz aspectos relacionais e a história da família, contados animadamente por ela.

Trouxe fotos da família em Ilhabela, onde passavam as férias e finais de semana na casa da família quando os filhos eram pequenos. Considera ter sido esta uma época muito feliz, em especial para Karina, que adora o lugar. Isso faz Karina voltar frequentemente ao litoral, para resgatar sua “felicidade” (sic) e fazer uso da maconha com os amigos e a “namorada” que deixou por lá. A casa em Ilhabela foi vendida recentemente, por volta de um ano atrás.

O genograma inicia-se com os avós e família materna de Rita, dado que não tem conhecimento algum sobre o pai, não o conheceu. Para Rita o fato de não ter conhecido o pai nunca foi um problema - jamais perguntou sobre ele à mãe. Também não sabe dizer se o pai de seu irmão também era seu pai.

É descendente de uma família cujo principal valor é o estudo. Sua bisavó era parteira, não a conheceu. É fruto de um relacionamento passageiro de sua mãe. Seus pais nunca viveram juntos. Teve um irmão mais velho 11 anos, Cássio, do primeiro relacionamento de sua mãe, que também foi passageiro. Seu irmão iniciou a paternidade aos 15 anos, acabou saindo cedo da casa da mãe para constituir sua família. Era obeso e usuário de cocaína. Sua filha mais velha, também obesa, faleceu de AVC, há dois anos, com apenas 46 anos. Rita lembra que o irmão era o “xodó” da mãe. Rita, por sua vez, foi cuidada durante a infância pelos avós, enquanto a mãe trabalhava. Moravam na mesma casa e, por esse motivo, era muito próxima da avó. Atualmente Rita mora com os filhos na casa herdada da avó. Nega uso de drogas.

Rita teve quatro tios, todos falecidos: dois mais velhos, gêmeos - um usuário de álcool e outro apresentava depressão. Teve um tio que morava nos Estados Unidos e tinha uma relação muito próxima com Rita e sua mãe. O último apresentava alguma doença mental, cujo nome Rita não soube especificar. Mantém contato próximo com os primos e primas. Investigando dados sobre a família, soube que uma de suas primas apresenta transtorno de personalidade borderline. Outras duas com transtorno bipolar e depressão. Uma delas trabalha com drogados. Considera, analisando seu genograma, que as primas herdaram os problemas transmitidos pelos pais.

Iniciando a história de sua família, Rita conta que se casou aos 38 anos, quando engravidou de Karina, com Geraldo, na época com 40 anos. Geraldo tinha dois filhos do primeiro casamento, a filha com 29 anos e o filho com 27 anos. A filha é bastante próxima de Rita e seus filhos. Com Karina estabeleceu uma relação afetuosa e muitas vezes dá-lhe conselhos para que pare de usar maconha.

Terceira sessão: aplicação do genograma

Retomamos a sessão para confecção do genograma e Rita volta-se para a relação com o pai de seus filhos, referindo-se a ele com lamento. Conheceram-se na Mesbla, quando ela foi pagar uma conta. Ele é músico, cuja instabilidade profissional e pessoal sempre afetou Rita e os filhos. Como Rita sempre teve emprego fixo (trabalha há 17 anos na mesma empresa) era ela quem tinha que se haver com a sobrevivência da família. Conta que o ex-companheiro era um mentiroso compulsivo, inventava e ainda inventa mentiras que ninguém

acredita, a não ser ele próprio. Certa vez soube que ele se dizia nascido na Argentina – insistia na mentira mesmo sabendo que ninguém acreditada.

Rita engravida de Karina aos 38 anos e Geraldo passa a morar com ela. De Carlos, engravida aos 43 anos. Nenhum dos dois filhos foi planejado, porém refere que os aceitou com muito amor. Nunca deixou de trabalhar. O pai de seus filhos sempre dentro de casa, sem emprego estável. Rita comenta que, desde o início, tentava se separar de Geraldo, mas era ameaçada por ele e acabava recuando. Certa vez chegou a levar um tapa na face, quando ele acreditou que ela havia olhado para outro homem, amigo do casal. Rita nega que o fato aconteceu.

Quando Karina era pequena, pegou o pai conversando pela internet com outra mulher. Chegaram a marcar um encontro. Ela passou a exigir da mãe que se separasse do pai. No entanto, Rita engravida de Carlos. Com a chegada do irmão, Karina, na época com sete anos, reage com muito ciúme, alegando sentir-se traída. Considerou, na época, que a mãe não iria mais dar-lhe atenção. Até hoje Karina mantém um relacionamento bastante conflituoso com o irmão, que também se mostra provocativo e enfrenta a irmã. Quando ela está calma, sob o efeito da maconha, a situação se tranquiliza. Porém, sem o uso, Karina fica extremamente violenta – recentemente, deu um soco na boca do irmão, que necessitou receber pontos.

Quando Carlos estava com três anos, Rita consegue se separar e passa a cuidar sozinha dos filhos. No início, lembra ter sido muito difícil, pois o ex-companheiro a ameaçava de morte caso a encontrasse com outra pessoa.

Atualmente, Karina e o irmão mantêm um relacionamento distante com o pai, que também pouco se manifesta para estabelecer contato com os filhos. Sentem vergonha do pai por conta de suas mentiras. Rita desconhece uso de drogas pelo pai.

Aos nove anos Karina troca de escola e apresenta dificuldades para se adaptar, tendo em vista que deixara todas as amigas na antiga escola. Com isso manifesta um quadro importante de depressão, recebe tratamento medicamentoso e psicoterápico. Segundo a mãe a questão foi resolvida e Karina seguiu bem. Nesse momento, Rita se lembra de mencionar as diversas perdas que Karina teve em relação aos vários animais de estimação. Sempre gostou de cachorro e os pegava quando estavam abandonados na rua, em especial em Ilhabela. Mas

todos morriam. Atualmente, Rita adquiriu um Golden retriever. Karina ficou preocupada se poderia perdê-lo também. Aos poucos foi se sentindo mais segura para se apegar ao animal.

Ao final da sessão Rita diz ter sido bastante interessante a confecção de seu genograma, dada a pouca percepção que ela tinha em relação à repetição quanto ao uso de drogas e transtornos mentais na família.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

5.1 Família de Helenita

Foi possível observar, a partir do genograma da família de Helenita, situações de extrema violência, nas diversas gerações, cujo modo de educar e se relacionar parecem ter sido baseados em práticas educativas violentas, em especial pela figura materna.

Elzira e Helenita demonstraram bastante sofrimento, vítimas da violência perpetuada nas quatro gerações estudadas. A história trazida por elas, embora com muitos aspectos desconhecidos em relação às gerações dos respectivos pais trazem, além da violência, diversos padrões relacionados à dificuldade de controle quanto ao uso de drogas, jogo, sexo e comida.

O genograma evidencia muitos conflitos nas relações com os progenitores, representados nas lembranças da avó e bisavó. Durante seus relatos, tanto Helenita como Elzira, falaram de como foram tratadas pelas respectivas mães, fazendo-as se emocionar e chorar enquanto as lembranças afluíam em seus discursos. Perceberam o quão eram parecidas com as próprias mães. Lembrar e retomar a maneira como foram tratadas, possibilitou que se conectassem à maneira como elas próprias, através do aprendizado adquirido pelas gerações anteriores, educaram seus filhos, incluindo Helenita com a filha e desta com Vitor, nosso adolescente em questão. Durante a realização do genograma, Helenita lembra que já batera no neto com cabo de vassoura, a fim de “tira-lo das drogas e tráfico”.

Cabe lembrar haver também violência na 3ª geração, com as primas de Helenita, a partir da escolha dos companheiros que também praticam a violência intrafamiliar como forma de se comunicar e lidar com conflitos.

As disposições afetivas no desempenho das funções paternas e maternas, por meio das práticas educativas, têm um sentido que será percebido pelo filho e revelam a maneira como é visto pelos pais as suas expectativas em relação a ele. Por outro lado, o modo como ele

percebe as disposições afetivas dos pais terá impacto na sua constituição identitária, já que esta é um processo relacional. Viver em família remete a um modo de se tratar mutuamente, de cuidar de cada um e da própria vida familiar, carregado de afetividade, com sentido nem sempre explicitado e sob o peso de tradições passadas de geração em geração, como por exemplo, a violência explicitada nas diversas gerações (Szymanski, 2004).

Nesse sentido, tratar-se com violência e passar as gerações futuras aspectos da família e do mundo através da violência afeta não só a família como um todo, mas o processo de constituição da identidade de cada um de seus membros, que ficam seriamente machucados. Quando as relações se desorganizam, o potencial destrutivo se amplia, gerando amor, raiva, medo, alegria, agressividade, o que ocasiona enorme prejuízo para a saúde do grupo familiar (Schenker e Cavalcanti 2009).

Podemos observar, assim, que a família de Helenita se estruturou, intergeracionalmente, dentro de uma dinâmica em que a violência se consolidou como uma forma de comunicação. Por essa razão, é preciso compreender, acima de tudo, a dinâmica que se instalou e os modos de interação, incluindo os silêncios e os não ditos que contribuíram e ainda contribuem para perpetuar a violência.

Um ponto que merece atenção, além da violência física, psicológica e sexual praticada e ao mesmo tempo vivenciada por seus membros, é o distanciamento e abandono dos filhos por parte das figuras maternas. Além de violentas, são mães que abandonaram, deixando ao cuidado de outros membros da família os filhos gerados por elas. Por conta do abuso sexual sofrido por Helenita e Jacira, a maternagem não pode ser exercida, talvez pela pouca idade com que tiveram seus filhos – também crianças na época da concepção, muito embora morassem na mesma casa - eram consideradas irmãs “mais velhas” de seus filhos. Assim, a incapacidade de Elzira para o cuidado é praticada não somente com Helenita, mas também com Jacira e Vitor.

Quanto ao uso de drogas, é possível observar os padrões transmitidos intergeracionalmente, de forma que em todas as gerações há pelo menos um membro com uso de drogas (lícitas ou ilícitas). O maior consumo de drogas foi o uso de álcool, sendo consumido repetidamente nas diversas gerações. Esse fato é trazido por Helenita com muito

pesar, ao lembrar que por diversas vezes, por volta dos seus 15 anos de idade, precisou buscar a mãe caída no bar.

O consumo de cocaína e maconha são observados na 3ª (Carlos – tio) e 5ª gerações (Vitor). Tanto Vitor como o tio também fazem uso de álcool. Em seguida pode-se observar o jogo patológico, na 2ª geração (pai de Helenita) e 3ª geração (Helenita) e a compulsão por sexo (Helenita). O uso de cigarro permeia todas as gerações.

É preciso considerar, nesta família, que o uso de drogas pode estar relacionado à violência praticada entre seus membros, em especial como forma de lidarem com os conflitos vivenciados e solucionados através da violência. Para isso, como forma de reagir à violência, os membros reagem e se utilizam também da violência como forma de se relacionar.

No que diz respeito a problemas de saúde, podemos observar que diversos membros apresentam problemas de coração, alguns com obesidade, incluindo Elzira. Durante a aplicação do genograma, Elzira queixou-se de dores no peito. Havia marcado uma consulta para a próxima semana com o cardiologista da UBS. Mostrou preocupação ao visualizar, através do genograma, vários membros que morreram por conta de problemas cardíacos.

É também encontrada incidência de transtornos de conduta na 3ª e 5ª gerações, com Vitor e seu tio, Carlos. Nesse sentido, encontramos mais uma vez semelhanças entre eles, no que diz respeito ao uso de drogas e comportamentos ligados ao crime e narcotráfico, o que pode estar relacionado a um modelo identificatório pela convivência muito próxima entre os dois, já que moraram durante muito tempo na mesma casa. Helenita diz que Vitor tem adoração pelo tio, considerando-o um exemplo a ser seguido, muito embora haja conflitos e violência entre eles. Quanto à relação estabelecida com o filho e o bisneto, chama atenção a relação fusionada que Elzira estabeleceu com ambos. Quanto a isso, Helenita traz uma observação interessante e diz que “*os homens da família foram poupados da violência*”.

O transtorno depressivo ocorre nas 2ª e 3ª gerações, com Elzira e Helenita. Nesse sentido, cabe lembrar que Helenita tentou suicídio por duas vezes, tomando a cartela de comprimidos (na primeira tentativa ela trabalhava em uma farmácia e tinha livre acesso aos medicamentos). Em sessões de atendimento individual, Helenita manifesta a vontade de matar Vitor e se matar depois. Esse foi um dos fatores que culminou no seu encaminhamento para

avaliação psiquiátrica. No entanto, como já mencionado, Helenita é resistente em procurar ajuda e insiste em dizer que não precisa de médico.

Podemos observar, enfim, um padrão repetitivo importante quanto ao uso de drogas lícitas e ilícitas na família analisada, bem como a violência física, psicológica e sexual, incluindo o abandono, que se fazem presentes nas relações e permeiam todas as gerações, em especial tendo as mulheres como vítimas e, ao mesmo tempo, agressoras.

Por outro lado, é importante ressaltar que Helenita apesar de vivenciar padrões de interação que lhe causam muito sofrimento, consegue de alguma forma, romper com esses padrões, a exemplo da busca por crescimento profissional e acadêmico, além de se manter extremamente vinculada em seu processo terapêutico.

5.2 Família de Rita

Durante a aplicação do genograma, Rita apresentou muitas informações sobre a família e, quando desconhecia algum fato, buscou saber com as primas os detalhes para trazer no próximo encontro. Rita mantém um relacionamento bastante afetivo com suas primas. Nessa busca, ficou surpresa ao saber que uma de suas primas, além do uso de maconha, também apresentava Transtorno Borderline de Personalidade, diagnóstico realizado há algum tempo. Outro ponto que lhe chamou a atenção foi o uso de álcool por seus tios e primas, além de outros padrões na família quanto ao uso de drogas, como por exemplo, seu irmão, compulsivo por comida e uso de cocaína.

Rita ficou também surpresa ao perceber a frequência da droga por outros membros da família, além dos diversos transtornos relacionados à saúde mental, em especial por parte do pai de Karina, com Transtorno Afetivo Bipolar, o que parece explicar a compulsão por mentir, as desconfianças e ciúmes e a agressividade. Tal percepção a fez compreender um pouco mais a situação da filha, sobre o motivo que a leva a consumir maconha. Trouxe durante a construção do genograma: *“Karina usa maconha para fugir da realidade... ela diz que só consegue ficar na escola quando usa a maconha, de outra forma isso fica insuportável pra ela”*.

Sobre o aspecto funcional do genograma, podem-se identificar de forma cronológica diversos fatores do histórico de vida de Karina, que podem estar contribuindo consideravelmente para seu atual quadro psíquico e aumento do uso de maconha: a doença mental do pai e sua ausência como figura de cuidado e proteção, a mãe também ausente por causa do trabalho, a mudança de escola, a venda recente da casa em Ilhabela, perda de seus animais de estimação e a trágica saída do escotismo. Tais fatores, portanto, podem ter desencadeado o uso de drogas, levando-se em consideração as emoções apresentadas por Karina e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como a depressão e a culpa.

A partir do genograma foi também possível observar que o uso de álcool, maconha e cocaína permeiam as diversas gerações.

Como foi percebido por Rita, é interessante observar a incidência de transtornos mentais em sua família, tais como: depressão, ansiedade, compulsão alimentar, transtorno bipolar e transtorno de personalidade borderline. É importante estar atento aos sintomas apresentados também por Carlos, seu filho mais novo: peso acima da média para idade e medo de ficar/sair sozinho, além de apresentar-se extremamente ansioso – quando tem comida em casa, ele come a sua e a de Karina, que fica sem o almoço deixado pela mãe. Nesse sentido, Karina não contesta, já que não tem conseguido se alimentar (isso é uma grande preocupação para a mãe). Karina, por sua vez, também não consegue fazer nada sozinha, necessitando sempre de alguém para realizar suas atividades cotidianas, além de seu histórico de depressão na infância. Na maioria das vezes, apresenta-se sem motivação para realizar as atividades cotidianas.

Outro ponto que merece atenção são as diversas separações existentes na 3ª e 4ª gerações, incluindo o sistema familiar do qual Karina faz parte, o que pode estar associada à questão da confiança e a maneira de Karina estar no mundo.

Segundo a teoria Winnicottiana, o estabelecimento da confiança é condição essencial para o pleno desenvolvimento da criança. Poder construir relações de confiança com as primeiras figuras de cuidado leva ao pleno desenvolvimento emocional de seus membros. A palavra *ambiente* foi utilizada por Winnicott (1984) para se referir às condições necessárias ao amadurecimento emocional do indivíduo, ou seja, um ambiente que, sendo suficientemente

bom, procure satisfazer minimamente as necessidades do ser em desenvolvimento, levando-o ao desenvolvimento de seu potencial.

Para Karina o fato de a mãe ter que se ocupar do trabalho e não poder contar com o companheiro para dar-lhe suporte pode ter contribuído para as falhas que observamos, conforme a própria Rita traz: *“a minha presença nunca foi suficiente, a insegurança em relação ao pai de Karina pode ter atrapalhado a minha relação com eles, eles não fazem nada sozinhos”... e Karina não confia em ninguém... (sic)*. Esse fato também é observado no evento ocorrido no escoteiro, momento no qual ela confiou e não foi acolhida em sua verdade.

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no trabalho realizado podemos afirmar que o objetivo proposto de analisar as famílias com filhos adolescentes usuários de drogas foi alcançado. A proposta de análise utilizando-se como ferramenta o genograma demonstrou a dinâmica relacional, intergeracionalmente, das famílias com filhos usuários de drogas, tendo em vista que muitos comportamentos observados foram transmitidos e aprendidos nas diversas gerações.

É considerável que, na construção do genograma, a escuta empática por parte de quem o aplica seja condição essencial para sua aplicação, devido à mobilização ocasionada nos pacientes durante a sua realização, momento este no qual se deparam com a história familiar e com questões que causam dor e muito sofrimento.

Foi também possível inferir que a droga não é a protagonista das histórias analisadas, mas sim um padrão a mais a ser considerado, competindo com vários outros, tais como: abandono, violência física e sexual, dificuldades em estabelecer limites e expressar afeto, problemas de saúde mental e hierarquia, o que pode indicar que o uso de substâncias parece ser utilizado como forma de apaziguar o sofrimento ocasionado por todas essas questões, nas diversas gerações estudadas.

É provável que o padrão violento se consolidou, especialmente na família de Helenita, como uma forma de comunicação, sendo transmitido nas diversas gerações. Assim, é preciso compreender e considerar, acima de tudo, a dinâmica que se instalou e os modos de interação, incluindo os silêncios e as lealdades que contribuíram para perpetuar essa violência. Cabe ressaltar a dificuldade de seus membros em reconhecer a violência como parte do cotidiano familiar e como uma violação dos direitos da criança ou adolescente.

Daí a importância de não apenas responsabilizar o agressor, nem criminalizar a pobreza, nem demonizar o usuário de drogas ou reduzir a violência à questão de segurança pública. A violência tem origem geracional e necessita de alguma intervenção que acolha a família e lhe ofereça meios de escutar e compreender a sua própria história, de identificar, reconhecer e prevenir os efeitos nocivos da violência, e de encontrar formas de interromper o ciclo. A violência intrafamiliar tem sido apontada como aquela de maior ocorrência, aquela

que se faz “entre quatro paredes” e que é, na maioria das vezes, acobertada pelo silêncio das vítimas, sem que lhe sejam concedida qualquer chance de defesa (Schenker e Cavalcanti, 2009).

Instaura-se, nesse sentido, um grande desafio para os profissionais de saúde, juntamente com os familiares que vivenciam a violência como forma de se comunicar: o de analisar e acolher a história da família, comumente marcada pela violência e pelo excessivo sofrimento durante a infância e propagado na geração adulta. A dificuldade é maior quando se trata de abuso sexual (a exemplo do que ocorreu na família estudada), seja pela vergonha, seja por ter de admitir que o companheiro, o pai ou a mãe foram os responsáveis por tais atos.

Uma questão que merece atenção, de acordo com a análise realizada nas duas famílias, é a ausência da figura paterna enquanto presença importante no desenvolvimento dos filhos, fato este observado nas diversas gerações. São famílias nas quais as mulheres exercem o papel de provedoras, deixando aos cuidados de outros a educação dos filhos.

Consequentemente, foi possível observar que a proteção, noção que significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento ao jovem em formação não foi adequadamente desempenhada pelas famílias estudadas, o que pode estar relacionado ao fato de que também não receberam o suporte familiar necessário, e por isso não puderam fazer diferente com os filhos/netos adolescentes que por elas foram cuidados.

Outro ponto levantado refere-se aos problemas de saúde mental observados nas duas famílias analisadas, cujo uso de substâncias pode ter causado o estado mental, ou o seu contrário, o estado mental ter levado ao uso da substância. Essa questão merecerá um estudo mais aprofundado, com a finalidade de se buscar uma compreensão da dinâmica dessas relações.

Neste sentido, este estudo possibilitou refletir sobre a importância de considerar os padrões de interação, bem como as repetições observadas, em especial àquelas relacionadas ao uso de drogas, violência e saúde mental. Tal análise é, portanto, de suma importância, em especial quando observamos famílias que reproduzem situações prejudiciais para o desenvolvimento psicológico e social de seus membros.

Assim, o conhecimento desses padrões, torna possível a busca por mudanças relacionadas à maneira como seus membros experienciam as diversas situações, de forma a promover preventivamente novos modelos de padrões interacionais, levando-se em consideração as gerações futuras. Sob a ótica da mudança, Cervený (2011) diz que a descoberta pela família das repetições de padrões que viveram num processo transgeracional torna-se, por si só, um fator de mudança significativa para algumas famílias.

Levando-se em consideração estas questões, o estudo apontou ainda para a importância de programas de intervenção como forma de garantir melhores condições para o adolescente em desenvolvimento. Considerando a conexão do uso de drogas, o significado para cada indivíduo e o padrão relacional da família do e com o usuário, cabe lembrar o quão importante é incluir não só a família no tratamento, mas construir com ela estratégias para que possa se sentir mais competente no cuidado de si mesma. A atitude da família em buscar ajuda e acompanhar o adolescente no tratamento passa a ser um fator de proteção, uma oportunidade de crescimento e retomada da responsabilidade no cuidado de seus filhos, incluindo aqueles que não fazem uso da droga.

Esses resultados vão, portanto, a favor de um trabalho preventivo com famílias, para que seus membros possam conviver de maneira mais harmoniosa a partir de um ambiente no qual a segurança e confiança estejam presentes no desenvolvimento e crescimento de seus membros.

Além dos aspectos referidos, este trabalho vem enriquecer o campo científico no que se refere à utilização do genograma, não só como uma técnica clínica de diagnóstico e intervenção, mas como um instrumento de pesquisa eficaz que representa a família numa dimensão histórica, por várias gerações.

Assim, a partir do que aqui foi levantado, cabe a proposta de se pensar em pesquisas longitudinais que avaliem, ao longo do tempo, tanto a eficácia dos programas de intervenção, em particular no âmbito institucional, como seu impacto no desenvolvimento dos membros da família com jovens que fazem uso de drogas, de forma a ajudar a família a encontrar outras formas de romper com o modelo e encontrar novas alternativas de interação familiar e equilíbrio.

REFERENCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ABERASTURY, A.; DORNBUSH, A. GOLDSTEIN, N. KNOBEL, M.; ROSENTHAL, G.; SALAS, E. “Duelo por El cuerpo, la identidad e lós padres infantiles”, em Psicoanálisis de La mania y psicopatía, Buenos Aires, Paidós, 1966.

ALBERTANI, H.; SCIVOLETTO, S. & ZEMEL, M. Prevenção ao uso indevido de droga: fatores de risco e proteção. Curso de capacitação sobre redução da oferta e demanda de drogas. Textos de apoio, Secretaria da Segurança Pública, 2004.

ALVARENGA, P & PICCININNI, C. Praticas Educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre, 2001.

ANDOLFI, M.& ANGELO, C. Tempo e Mito em psicoterapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ANGEL, P. Approche Familiale L’adolescent em Difficylté. Bull Liasion National Del’Unafam, 3, pp. 2-17, 1987.

ATKINSON, P.; COFFEY, A.; DELAMONT, S.; LOFLAND, J. & LOFLAND, L. Hand-book of Ethnography, London, Sage Publications, 2001.

BAUMRIND, D. Effects of Authoritative. Parental control on child behavior. Child Development: Malden, 1966.

BERGERET, J. Toxicomania e personalidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

BOWEN, M. Family therapy: in clinical practice, Jason Aronson, Nova Iorque, 1978.

CARTER, B. & MAcGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CERVENY, C. M de O. A família como modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: Livro Pleno – 2ª ed, 2011.

CERVENY, C. M de O., BERTHOUD, C.E.M. & COLS. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CORRÊA, C. A transição do casal para a parentalidade. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

COSTA, A.C.C.L.L. A família e as drogas. In: BUCHER, R. (org.) Prevenção ao uso indevido de drogas. Brasília: Universidade de Brasília, 1989. P 77-87.

DELL'AGLIO, D.D., SANTOS, L. L. Adolescentes em situação de vulnerabilidade: drogas, risco e resiliência *in* Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2011.

DE MICHELLI, D. & FORMIGONI, M. Intoxicação por drogas psicoativas: avaliação e diagnóstico do adolescente *in* Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2011.

DE MICHELLI, D. & FORMIGONI, M. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares preveem os padrões de uso futuro? J. Bras. Dep. Quim., 2 (1), São Paulo: Abead, 2001.

DESLANDES, SF, Junqueira MFP. Resiliência e maus tratos à criança. Cad. Saúde Pública, 2003; 19 (f1): 227-35.

DIAS, M.L. Famílias e Terapeutas: casamento, divórcio e parentesco. São Paulo: Vetor, 2006.

DUNCAN, T.E.; TILDESLEY, E.; DUNCAN S.C.; HOPS, H. The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction*, 90: 1647-1660, 1995.

ELKAÏM, M. (1990). Se você me ama, nai e ame – abordagem sistêmica em psicoterapia familiar e conjugal. Papyrus, Campinas, Título Original: Si tu m'aimes, ne m'aime pas – Approche systémique et psychotérapie: Editions Du Seuil, 1989.

FENDER, S.A. Tese de mestrado: Grupo de Terapia Multifamiliar no tratamento de adolescentes com uso indevido de drogas. PUC – Campinas, 1999.

FENDER, S.A.& ESCUDERO, L.C Tratamento familiar de adolescente com abuso de drogas: Grupos Multifamiliares numa perspectiva sistêmica *in* Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2011.

FISHMAN, H.C. STANTON, M.D. & ROSMAN, B.L. El Tratamiento de familias com abusadores adolescentes. In: STANTON, M.D. *et ali*. Terapia Familiar Del abuso y adicción a las drogas. 3ª Ed. Barcelona: Gedisa, 1997.

GOMEZ, C. F. J. Uma análise comparativa de seis recomendações internacionais para concepção de genograma em medicina da família. 1999. Disponível em *Scielo*: Acesso em: 15 out de 2015.

GRANDESSO, M. Viver em família – que tipo de futuro nós terapeutas familiares podemos ajudar a construir? *in*: Macedo, R. M. (org.). Terapia Familiar no Brasil na última década. São Paulo: Roca, 2008.

GRANDESSO, M. Famílias e narrativas: histórias, histórias e mais histórias *in* Cerveny Oliveira, M. (org.). Família e Narrativas. Gênero. Parentalidade. Irmãos. Filhos nos divórcios. Genealogia. História. Estrutura. Violência. Intervenção Sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GRANDESSO, M. Sobre a reconstrução do significado; uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: casa do Psicólogo, 2011.

KALINA, E. Drogadição II. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

KALINA, E. Clínica e terapêutica de adicções. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KANCYPER, L. Confrontação de gerações – Estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

KAUFMANN, E. F. Family therapy in substance abuse treatment (psychoactive substance use disorders - not alcoholic). In Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force, American Psychiatric Association. Washington: p. 1397-1416, 1989.

KNOBEL, M. Orientação familiar. 2ª Ed. Campinas: Papirus, 1996.

LACKS, V. Dependência, compreensão e assistência às toxicomanias. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

LAQUER, H.P. The theory and practice of multiple family therapy. In: WOLBERG, L.B. (org) Group and family therapy. New York: Brunner/ Mazel, 1980.

LAGACHE, D. (1979). Psychologie clinique et méthode clinique. La psychologie et le criminel, II, 159-294. Paris: PUF.

LOURENÇO-SILVA, J. O farmacodependente como elo para a construção familiar: um estudo das relações interpessoais em famílias com farmacodependentes. São Paulo: PUC-SP, 2001 (Dissertação de Mestrado).

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2006.

MACEDO, R.M.S. O jovem na família. Trabalho apresentado no 3º Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico ANPEPP, Águas de São Pedro, agosto, 1990, publicado nos Anais em 1991.

MACHADO, H. B. et al. Identificação de riscos na vida familiar a partir do genograma. Família, Saúde e Desenvolvimento. Curitiba, v. 07. n. 2, maio/ago 2005. p. 149-157.

MCGOLDRICK, M., GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar (M. A. V. Veronese, Trad.). In B. Carter & M. McGoldrick, M. (Eds.), As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1985.

MCGOLDRICK, M. GERSON, R. Genograma em la evaluación familiar. Buenos Aires: Gedis, 1987.

MICHALIZEN, M. O Caleidoscópio e a rede: estratégias e práticas de prevenção à aids e ao uso indevido de drogas. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: 1999.

MINAYO-GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.797-807, 2005.

MINUCHIN, S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MINUCHIN, S. Fishman, S. C. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

NASIO, J.-D.; Como agir com um adolescente difícil? Um livro para pais e profissionais, Tradução André Telles. – Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

NICHOLS, M., & SCHWARTZ, R. Terapia Familiar: Conceitos e Métodos. Brasil: Porto Alegre, Artmed, 1998.

OLIVEIRA, A.O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. O mundo da saúde. São Paulo: São Camilo, 2001.

OLIEVENSTEIN, C. La clinique Du toxicomane, 45-61. Bagesdis: Éd. Universitaires, 1987.

OLIEVENSTEIN, C. O. O não dito das emoções. São Paulo: Jorge Zahar Editor, 1984.

PAYÁ, R. Genograma com famílias no contexto da dependência química *in* O livro do genograma. *Org.* Ceneide Maria de Oliveira Cerveny. São Paulo: Roca, 2014.

PAYNE, M. Terapia narrativa: uma intruducción para profesionales. Barcelona: Paidós, 2002.

PÉRES GOMES, A.& MEJÍA MOTTA, I.E. Patrones de interección de famílias em las que no hay consumidores de substancias psicoactivas. *Adicciones*, 10(2): 111-119, 1998.

POSTER, M. Teoria crítica da família. Título original: *Critical theory of the family*, *The Seabury Press Inc.*, Connecticut, Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

RAPIZO, R. Possíveis conexões entre a ocorrência do divórcio e o uso de drogas por adolescentes nas famílias: uma reflexão inicial *in* Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: Fap-Unifesp, 2011.

REBOLLEDO, E.; MEDINA, N. & PILLONSC. Factores de Riesgo Asociados al Uso de Drogas em Estudiantes Adolescentes. *Ver. Latino-Am. Enfermagem*, 2004.

REZENDE, M. M. Curto-circuito familiar e drogas: Análise de relações familiares e suas implicações na farmacodependência. 2a ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1997.

SANTOS, J.L., Transformando “nós” em laços: um estudo compreensivo dos valores parentais nas práticas educativas das famílias de baixa renda, 2006. Disponível em Scielo: www.scielo.com.br. Acesso em 03 out. 2015.

SATIR, V. Peoplemaking. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1972.

SEGALEN, M.A. Sociologia da família. Lisboa: Terramar, 1999.

SEIXAS, M. A família, a Terapia Familiar e os Novos Paradigmas Científicos. In: anais do Fórum Internacional da Infância e Adolescência. Florianópolis, pp. 215-220, 1987.

SCIVOLETTO, S. Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária, *in* Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2011.

SCHENKER M.; CAVALCANTI, F. G. Famílias que se comunicam através de violências *in* Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

SLUZKI, C.E. Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. Family Process. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

STEINGLASS, P. Family therapy with alcoholics: A review. In: KAUFMAN, E.; KAUFMAN, P. N. (Eds.) Family therapy of drug and alcohol abuse. New York: Gardener Press, 1979.

STANTON, M. D., TODD, T. y cols. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. 3ª Ed. Barcelona: Geisa, 1997.

SZAPOCZNIK, J. & PEREZ, A. Family Interventions, January, 1996.

SZYMANSKI, H. A relação Família Escola: Desafios e Perspectivas. Brasília: Editora Plano; 2001.

SZYMANSKI, H. Práticas Educativas Familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional *in* Rev. Estudos de Psicologia, PUC Campinas, 2004.

TODD, T.C. Los ciclos evolutivos y El abuso de substancias. In: FALICOV, C.J. (comp.) Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-metodológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004.

XAVIER DA SILVEIRA, D. Dependência, compreensão e assistência às toxicomanias. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora, 1996.

WASELFISZ, J. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil. Brasília: Unesco, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH, 2004.

WATZLAWICK, P. Beavim, J. e Jackson, D. Pragmática da comunicação humana, São Paulo: Cultix., 1973.

WHITACHER, C.A. e KEITH, D.V. Symbolic-exoerunebtuak family therapy, em A.S. Gurman y D.P. Knikern (comps), Handbook of family therapy. Nova Iorque, Brunner-Mazel.

WINNICOTT, D.W. A família e o desenvolvimento individual, São Paulo: Martins Fontes, 1997.

WINNICOTT, D.W. Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil, Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D.W. Privação e Delinquência, Rio de Janeiro: Imago, 2002.

WHO – World Health Organization. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating Evidence. Geneva, 2006.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1 - DADOS SOBRE A PESQUISA:

Esse é um estudo sobre famílias cujos filhos estão inseridos no Programa CAPS II Infanto-Juvenil Álcool e Drogas do Projeto Quixote, que está sendo realizada Monografia referente ao curso de Especialização em Terapia de Casal e Família de Luciana Cristina Escudero (CRP 06/66783). A Monografia será realizada sob a orientação da Professora Docente Dra. Rosa Maria Macedo. Para isso solicitamos sua colaboração na participação do estudo e fazemos os seguintes esclarecimentos:

1- O objetivo do estudo é compreender a presença e efeitos da droga na dinâmica familiar e é dirigida a famílias atendidas no CAPSII Infanto Juvenil Álcool e Drogas do Projeto Quixote. O estudo tem apenas finalidades acadêmicas e científicas.

2 – As etapas do estudo são as seguintes:

a) Haverá, individualmente, uma entrevista inicial com as famílias participantes para o conhecimento do estudo e para a assinatura desse termo.

b) Caso o senhor (a) concorde, serão realizadas de 3 a 4 sessões para aplicação do genograma, instrumento realizado para analisar as dinâmicas de repetição e relacionais na família O participante poderá se recusar a dar qualquer resposta e solicitar a qualquer momento esclarecimentos. Com exceção do primeiro encontro, os encontros serão feitos individualmente e poderão ser gravados.

3 – Os dados obtidos nesse estudo poderão ser publicados, sendo sempre garantido o anonimato de sua participação.

4 – Essa participação não constitui risco a quem aceite o convite e caso haja qualquer desconforto o pesquisador se dispõe a atender ou encaminhar para atendimento específico.

5 – Com o intuito de preservar a sua intimidade e autodeterminação, o senhor (a) tem o direito de deixar de responder a qualquer pergunta que lhe for formulada, sem ter com isso nenhuma consequência ou prejuízo.

6 – O senhor (a) tem o direito de ter o esclarecimento que desejar sobre o estudo sempre que desejar, e poderá deixar de participar a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem quaisquer consequências ou prejuízos.

7- É garantido o sigilo e confidencialidade em toda sua participação.

8 – O senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Luciana Cristina Escudero, em qualquer momento, pelo telefone: (11) 5081-6632.

2 – AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e procedimentos do presente estudo, tendo garantida a minha não identificação, manifesto meu consentimento em participar do mesmo, sendo que esse Termo é redigido em duas vias, permanecendo uma em meu poder e outra com a pesquisadora responsável.

Nome do paciente:.

(R.G.).....

Assinatura do participante

3 - PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Luciana Cristina Escudero – RG 20.755.943-0 CRP/06-66783

Assinatura:.....

São Paulo,..... de..... de 20.....

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA JUNTO AS FAMILIAS ATENDIDAS NO PROJETO QUIXOTE

1 – DADOS SOBRE A PESQUISA

Esse é um estudo que tem o objetivo de apresentar a dinâmica relacional, intergeracionalmente, das famílias inseridas no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) Infante Juvenil Vila Mariana do Projeto Quixote e que será feito para realização da Monografia referente ao curso de especialização em Terapia de Casal e Família de Luciana Cristina Escudero (CRP 06/66783). A Monografia será realizada sob a orientação da Prof^a Dr^a Rosa Maria Stefanini de Macedo.

A proposta foi desenvolvida a partir da experiência junto as famílias inseridas no programa do CAPS e que trouxeram como queixa principal o uso de drogas por parte dos seus filhos adolescentes. O critério para escolha dos familiares será o de terem filhos adolescentes usuários de droga. De acordo com tal critério, serão escolhidas duas famílias inseridas no grupo ou atendimento individual. Para compreensão diagnóstica, serão realizados três encontros com cada participante para a aplicação do genograma, com a finalidade de levantar dados acerca de suas histórias de vida e de como seus membros se relacionavam, pesquisando os padrões relacionais com no mínimo três gerações.

De acordo,

PROJETO QUIXOTE