

Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

**Filhos Dependentes e Pais Penalizados: Fenomenologia  
da Drogadição em Cocaína.**

**Annelize Lisita Moreira Silva**

Goiânia  
Maio de 2008

Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

# **Filhos Dependentes e Pais Penalizados: Fenomenologia da Drogadição em Cocaína.**

**Annelize Lisita Moreira Silva**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientação: Prof. Dr. Sartunino Pesquero Ramón

Goiânia  
Maio de 2008

S586f Silva, Annelize Lisita Moreira.  
Filhos dependentes e pais penalizados : fenomenologia da  
drogadição em cocaína / Annelize Lisita Moreira Silva. –  
2008.  
128 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás,  
Mestrado em Psicologia, 2008.  
“Orientação: Prof. Dr. Sartunino Pesquero Ramón”.

1. Drogas – família – aspecto psicológico. 2.  
Dependência química. 3. Fenomenologia. 4. Cocaína –  
dependência – aspectos psicológicos. I. Título.  
CDU: 159.9:615.015.6(043.3)

Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

### **Folha de Avaliação**

Título: Filhos Dependentes e Pais Penalizados: Fenomenologia da Drogadição em Cocaína.

Autora: Annelize Lisita Moreira Silva

Data de Defesa: Goiânia, 09 de maio de 2008.

#### **Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Sartunino Pesquero Ramón – Orientador e Presidente de Banca

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Ilma A. Goulart de S. Britto – Convidado da Universidade Católica de Goiás

---

Prof. Dr. Fabio Miranda – Convidado da Universidade Católica de Goiás

---

Prof. Dr. Rodolfo Petrelli – Convidado da Universidade Católica de Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Cláudio Jerônimo da Silva – Convidado da Universidade Federal de São Paulo

Goiânia  
Maio de 2008

## Sumário

Resumo .....	viii
Abstract.....	ix
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>I – PARTE: Considerações teórico /práticas .....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo I - Relevância do Problema da Dependência Química .....</b>	<b>5</b>
1.1. Tipos de Drogas e seus Efeitos .....	14
1.2. A Cocaína .....	21
<b>Capítulo II – Dimensões da Dependência Química.....</b>	<b>24</b>
2.1. A Biológica .....	24
2.2. A Psicológica .....	30
2.3. A Familiar .....	36
<b>Capítulo III - Tratamentos da Dependência Química em Cocaína .....</b>	<b>45</b>
3.1. Médicos.....	45
3.2. Psicológicos .....	50
<b>II – PARTE: Operalização da Pesquisa .....</b>	<b>59</b>
<b>Capítulo I – Metodologia .....</b>	<b>59</b>
1.1. Método qualitativo de base fenomenológica .....	59
1.2. Participantes .....	61
1.3. Instrumentos.....	61
1.4. Ambiente.....	61
1.5. Procedimentos .....	61
<b>Capítulo II: Resultados .....</b>	<b>63</b>
<b>Capítulo III: Discussão/Conclusões .....</b>	<b>82</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>87</b>
Anexos.....	99

Dedico esse trabalho, aos profissionais que se interessaram, e trabalharam esse tema tão complexo e relevante para a nossa sociedade, estudando e elaborando artigos científicos sobre o assunto, e a todas as famílias que convivem com a dor e o sofrimento de ter um filho escravo da Cocaína.

## **Agradecimentos**

- Ao pesquisador, amigo e orientador Dr. Saturnino Pesquero Ramón pela confiança, paciência e pelos ensinamentos importantes que me foram transmitidos durante nossa caminhada profissional e na minha vida pessoal;
- Ao Dr. Rodolfo Petrelli, pelos anos de amizade, auxílio, atenção e carinho, com a certeza de que nossa caminhada juntos não se encerrará neste capítulo;
- Agradeço ao Dr. Cláudio Jerônimo (UNIFESP) pela presteza em aceitar o meu convite para participar desta banca, com a certeza desde já que será de grande valia;
- Agradeço à Dr.<sup>a</sup> Ilma Goulart pela disponibilidade e confiança de aceitar o meu convite para participar desta banca.
- E claro, sem me esquecer do começo desta jornada, agradeço à Dra. Daniela Zanini pelo zelo com que várias vezes olhou e corrigiu esta pesquisa, sempre com uma palavra de compreensão e carinho;
- À minha grande amiga Karen Costa, que me acompanha desde minha graduação, agradeço pela colaboração valiosa de revisão desta pesquisa;
- Agradeço aos meus amigos, Rafael, Maira e Flávia Jung pelos conselhos e ensinamentos constantemente transmitidos;
- À funcionário Marta, pelo auxílio e amizade no decorrer desta caminhada;
- Aos meus pais Nelita Lisita e Luiz Aparecido pela paciência, incentivo, por acreditarem na minha capacidade, compartilhando todos os momentos alegres e difíceis no decorrer desta pesquisa;
- À minha irmã Lizyanne Lisita pelo apoio irrestrito em todos os momentos de minha vida;
- Agradeço a Deus que me permitiu a inteligência e a perseverança;
- Agradeço aos participantes desta pesquisa, que colaboraram e me permitiram, de forma tão íntima, participar de suas vidas refletindo sobre suas vivências e, com isso, ornando possível a realização deste trabalho;

## Resumo

O presente trabalho pretendeu alcançar dois objetivos: descrever alguns dos significados vivenciados na experiência da dependência química, tanto por parte dos filhos dependentes de cocaína, quanto por parte dos pais, afligidos por tal conduta de seus filhos, e verificar como esse mundo interior ou fenomenal vivenciado se traduz na vida cotidiana dos implicados. Pra isso, foi empregado o método qualitativo de base fenomenológica, pois ele facilita a exploração mais aprofundada e reflexiva dos possíveis significados da referida vivência. Participaram desse estudo: dois pais, duas mães e seus respectivos filhos dependentes. O dado de maior valor heurístico observado foi: 1º) que a experiência da dependência química, nas duas modalidades de vivencia apresentada, como dependente ou como responsável penalizado, pode gerar dois tipos de reação comportamental diferente, de caráter positivo ou negativo; 2º) que a mesma modalidade de reação é compartilhada pelos membros de ambas as famílias pesquisada.

**Palavras-chave:** Dependência química, família, fenomenologia, método qualitativo-fenomenológico



## Abstract

The present work intends to reach two objectives: to describe some of the meanings lived in the experience of the action of drugging, so much on the part of the dependent children of cocaine, as on the part of the parents, distressed for such a conduct of their children, and to verify as that world interior or phenomenal lived if he/she translates in the daily life of those implicated. For that, the qualitative method of base phenomenology was used, because it facilitates the exploration more deepened and reflexive of the possible meanings of the referred existence. They participated in that study: two parents, two mothers and their respective children dependent poison. The die of larger observed heuristic value was: 1st) that the experience of the action of drugging, in the two modalities of it lives presented, as dependent or as punished responsible, it can generate two types of reaction different type of behavior, of character positive or negative; 2nd) that the same reaction modality is shared by the members of both families researched.

### Key-words

Action of drugging, family, phenomenology, method qualitative- phenomenology

## Introdução

O presente estudo objetiva, no seu viés teórico, levantar o saber existente sobre o tema pesquisado por meio de uma revisão bibliográfica dos principais aspectos da dependência química. No viés empírico, apresenta os resultados obtidos por meio de uma pesquisa realizada, com caráter qualitativo e de abordagem fenomenológica, sobre os significados vivenciados na experiência de ser dependente de cocaína, no caso dos filhos, e na experiência de ter um filho dependente de cocaína, no caso dos pais.

Essa pesquisa se caracteriza como qualitativa, pois tem como característica básica:

(...) melhor compreender o comportamento e experiência humanas. Os pesquisadores qualitativos tentam compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados e descrevem em que consistem estes mesmos significados. Recorrem à observação empírica por considerarem que é em função de instâncias concretas dos comportamentos humanos que se pode refletir com maior clareza e profundidade sobre a condição humana (Bogdan & Biklen, 1994, p. 70).

As pesquisas qualitativas, com base teórica fenomenológica, sublinham o componente intencional do comportamento humano e como explicam Bogdan e Biklen, (1994): “tentam penetrar no mundo conceptual dos sujeitos, com o objetivo de compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos de suas vidas quotidianas” (p. 54). “Este mundo é chamado de esfera pessoal, mundo particular, esfera comportamental, esfera psicológica, espaço da vida individual e esfera

fenomênica” (Combs e Snygg, 1957, citado por Ramón, 2006, pp. 20-1). Conhecer esta esfera dos significados da experiência da vida, segundo os mesmos autores, é de suma importância para a ciência do comportamento humano, suposto que: “todo comportamento humano, sem exceção, está determinado pela esfera fenomênica do organismo que se comporta” (p.20). Ramón, (2006) explica que tal postulado sobre o aspecto cognitivo-afetivo da conduta humana, traduziria a doutrina da intencionalidade, fundamento da filosofia fenomenológica de Husserl e da chamada psicologia fenomenológica e seu princípio básico da indissociabilidade entre idéia e ação.

Isto implica que todos os atos psíquicos e condutas humanas são frutos de:

1. Um ato de desvelar o significado pessoal, tornar fenômeno o mundo, a experiência através de uma *Vorstellung*, traduzida como representação, idéia, pensamento, equivalente ao termo *perception*, ou ato mental de formar uma idéia, sentido ou significado.
2. Um ato de relacionar-se (*reference*) – no sentido de relacionar-se, compromissar-se ou adaptar-se – com a realidade experienciada a partir do saber ou significado formado sobre ela e não a partir de seu poder estimulador externo.

Este aspecto da hegemonia do subjetivo foi sublinhado também por Merleau - Ponty (1999, p. 3) ao escrever: “Eu sou a fonte absoluta, minha experiência”. Sobre o aspecto da indissociabilidade entre idéia e ação (Leyens, 1997) explica:

O ser humano a ser estudado não deve ser apenas um objeto de diagnóstico psicológico (...) ele age, em grego pragma significa ação. Ele tem objetivo, sejam louváveis ou não aos nossos olhos; ele aprende com seus erros, se empenha ou

ofusca (...) resumindo, os sujeitos da ação e da cognição devem fundir-se numa coisa só (p.31).

A exploração dos significados vivenciados pelos sujeitos foi realizada pelo delineamento metodológico preconizado por Giorgi (2000) e Gomes (1998). Estes significados vividos são explorados e clarificados, no nível mais profundo possível, através das técnicas: história de vida tópica e entrevistas semi-dirigidas, visando uma reflexão dos mesmos por parte dos sujeitos implicados. Com esta finalidade, seguimos a orientação metodológica de Giorgi (1996), quando explica:

Os significados são descobertos somente reflexivamente, ou seja, não de forma imediata ou direta. As experiências são espontaneamente dirigidas para os objetivos ou para qualquer tipo e afazeres no mundo, sem qualquer preocupação pelos seus significados. Para alcançar ou clarificar os significados de uma experiência, se faz necessário a reflexão sobre a mesma. Isto obrigará a captar o significado da experiência e não apenas referi-la (p.13).

Sobeja sublinhar a importância e gravidade do problema da dependência química na sociedade atual, cuja raiz estaria no vazio existencial (Frankl, 1986). Roudinesco (1999) analisa que a causa deste vazio existencial, que provoca depressão, residiria na falta dos indivíduos saberem lidar com a própria liberdade, ou seja, “emancipados das proibições pela igualdade de direitos e pelo nivelamento de condições, o deprimido deste fim de século é herdeiro de uma dependência viciada do mundo” (pp.19-20). Dessa forma, “ele busca na droga (...) o ideal de uma felicidade impossível” (Roudinesco 1999, pp.19-20).

Por essa razão, constata Alain Ehrenberg (citado por Roudinesco, 1999) que:

O dependente químico é hoje a figura simbólica empregada para definir as feições do ante-sujeito. Antigamente era o louco que ocupava esse lugar. Se a depressão é a história de um sujeito incontrolável, a dependência química é a nostalgia de um sujeito perdido (p.19).

O presente trabalho pretende lançar luz para a compreensão desse mundo interior dos dependentes em cocaína, dos pais penalizados com tal conduta de seus filhos, das mudanças de conduta e os significados dessa experiência nos participantes desta pesquisa. Conhecer é o primeiro passo para saber como ajudar e intervir, principalmente para os profissionais que trabalham na área.

Nesta perspectiva, não pretendemos oferecer soluções com generalizações finais, mas adentrar em alguns fatores subjetivos subjacentes à experiência da dependência química no sujeito e seus familiares.

Para isso, o trabalho apresenta duas partes: uma teórica/prática, onde se estudam a natureza e o tamanho do problema da dependência química em cocaína, tanto em nível pessoal, quanto familiar, assim como os recursos para tratamento e cura, disponíveis no campo da medicina e psicologia; outra, empírica, onde se apresenta o método usado e os resultados obtidos na pesquisa realizada, para levantamento dos significados existenciais vividos na experiência de ser filho dependente em cocaína e de ser pai e mãe de tal filho, visando uma compreensão dessa vivência, voltada à obtenção de subsídios para uma melhor intervenção psicoterapêutica, explorando o saber da experiência vivida pelos sujeitos implicados.

## I – PARTE: Considerações teórico /práticas.

### Capítulo I - Relevância do Problema da Dependência Química

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

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

Para entendermos esta questão faz-se necessário, conhecermos tanto a história desta problemática, quanto suas características atuais, porém, por se tratar de um trabalho que envolve o método fenomenológico, levamos em consideração a fatalidade de toda essa dimensão histórica e seus danos nos próprios sujeitos desta pesquisa.

As substâncias capazes de alterar o funcionamento psíquico são velhas conhecidas da humanidade. Não existe, na história da humanidade, sociedade que não tenha recorrido ao seu uso, com as mais diversas finalidades (Seibel e Toscano, 2004). Contudo, podemos afirmar que o uso de substância tóxica tornou-se, nas últimas três décadas do século passado, uma verdadeira epidemia.

As primeiras drogas a serem conhecidas foram às bebidas alcoólicas, seguidas pela maconha (séc. VIII a.C.). Os sumérios, povo do sul da Mesopotâmia, próximo da Síria, há cerca de quatro mil anos desvendaram que a papoula não era apenas uma bela flor de cores delicadas, seu sumo tinha poder calmante, sonífero e anestésico. Com isso,

vem ao mundo o Ópio, derivado da papoula, usado como matéria-prima para remédios. Durante o século VII d.C, turcos e árabes descobriram que, cheirando a fumaça do suco de papoula solidificada, obtinha-se efeitos mais poderosos. Passaram então a vender droga de forma ilícita, sobretudo na Índia e na China. (Batista, 2000)

Segundo Batista (2000), a década de 70 foi o período em que as drogas chegaram ao Brasil, apesar de nossos vizinhos, Bolívia, Colômbia e Peru já enfrentavam graves problemas envolvendo o tráfico de drogas. O Governo Federal acreditou que se tratava de um problema localizado, não tomando qualquer iniciativa para traçar planos de combate ao tráfico.

A cocaína é consumida pela humanidade há pelo menos cinco mil anos, Leite e Andrade (1999) afirmam que:

Em 1859, um cientista alemão de nome Albert Niemann extraiu o alcalóide a partir das folhas da droga e criou o termo cocaína. Rapidamente, relatos enfatizavam os poderes miraculosos da droga, bem como sua capacidade de eliminar a fadiga. Porém a cocaína parece ter sido isolada inicialmente na Bolívia (1858), por Enrique Pizzi, um farmacêutico italiano radicado na América do sul (p.18).

Leite e Andrade (1999) ainda afirmam que, a partir de sua extração, a cocaína passou a ser empregada em vários produtos. A visão da sociedade em relação à cocaína transformou-se em 30 anos (a partir de 1884), de um tônico que se pensava não ter efeitos colaterais, para uma substância usada com propósitos medicinais, a partir do século XX. No período seguinte, o uso da substância com este intuito, é quase que totalmente extinto. A cocaína adquire um novo status, tornando-se a droga dos ricos e

famosos. Músicos passaram a cantar suas virtudes, e os filmes passaram a mostrar o seu uso como algo sem riscos e encantador.

No início do século XX, a cocaína era livremente comercializada no Brasil, em sua forma pura ou como integrante de remédios. Esta situação permaneceu até 1921, quando leis começaram a restringir o seu consumo (decreto-lei federal de 6 de julho 1921). Em consequência dessa lei, o consumo de cocaína reduziu durante a década seguinte, fato que é comprovado pela redução gradativa das apreensões da droga, bem como pela diminuição de internações psiquiátricas por transtornos associados ao consumo da mesma (Nappo, 1996).

Segundo Schultz e Schultz (2002), Freud se entusiasma com o desempenho do produto, e em 1884 escreve sobre os efeitos medicinais positivos, experienciado nele mesmo e em outros, isso ocorreu durante alguns anos, até que surgiram pontos negativos, como a dependência.

Nos tempos atuais a droga tem sido um tema bastante discutido em revistas e jornais, que exploram o assunto com várias finalidades, inclusive os sensacionalistas. Segundo Bucher (1992), entre as drogas de hoje, a cocaína ocupa um lugar de destaque, tanto que foi chamada de “droga dos anos 80”, ou seja, apresentando-se como uma profecia fatídica dos anos 90.

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – (CEBRID, 2007), dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (freqüentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos, podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva.



De acordo com o CEBRID (2007) – a idade média de iniciação ao consumo da cocaína é de 14,4 anos, com desvio padrão de 2 anos e, é a sétima droga mais consumida, atingindo 2% dos usuários de drogas em geral ([www.cebrid.com.br](http://www.cebrid.com.br)).

Isso pode ser explicado a partir do pressuposto que, a adolescência é um período complexo do desenvolvimento humano e, devido suas características psicológicas, com considerável risco de consumo de substâncias psicoativas (Frasquilho, 1996).

Inúmeros problemas de ordem física, psiquiátrica e social estão associados ao uso abusivo de cocaína em suas varias formas. Estima-se que 14 milhões de pessoas em todo o mundo, façam uso abusivo dessa droga. De acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas, realizado pelo CEBRID (2001), no Brasil, 7,2% dos indivíduos do sexo masculino, entre 25 e 34 anos de idade, já usou a droga. Dados epidemiológicos recentes mostram que, nos últimos anos, o uso de cocaína vem crescendo entre os estudantes do ensino médio e fundamental, bem como entre indivíduos que procuram atendimento nas clínicas especializadas ([www.cebrid.com.br](http://www.cebrid.com.br)).

De acordo com estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização dos Estados Americanos (OEA), dentre os países da América do Sul, o Brasil, apresenta a terceira maior ocorrência de uso de drogas, em específico a cocaína, por estudantes do ensino médio, cerca de 1,7%. Em um ranking com a presença de nove países sul-americanos, o Brasil aparece atrás apenas, da Argentina e do Chile, nesse tipo de consumo ([www.onu-brasil.org.br](http://www.onu-brasil.org.br)).

Atualmente os maiores produtores de cocaína são: Colômbia, Peru e Bolívia. Afeganistão e Mianmar estão no *ranking* dos maiores produtores de papoula.

Dados do CEBRID mostram que, apesar da cocaína não ser, atualmente, a droga que mais causa danos à população brasileira, o aumento progressivo de seu consumo em alguns segmentos da população começa a ser preocupante (Carlini, Nappo, Galduróz,

1993, citado por UNODC<sup>1</sup>, 2007). De acordo com o I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo (Galduróz, Noto, Nappo & Carlini, 1999), o uso de cocaína representa 2,1% dos dependentes de drogas, o equivalente a 318 mil pessoas, sendo referido que essa porcentagem é relativamente próxima à encontrada no Chile (2,5%), Holanda (2,4%) e Dinamarca (2,0%). Entre os entrevistados do sexo masculino, de faixa etária entre 26 e 34 anos, 8,4% já fizeram uso de alguma forma de cocaína.

O consumo da maioria das drogas no Brasil aumentou nos últimos quatro anos, aponta o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005). O relatório da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) revelou que, de 2001 a 2005, a porcentagem de pessoas que já usou maconha pelo menos uma vez na vida passou de 6,9% para 8,8%, de benzodiazepínicos saltou de 3,3% para 5,6%, de cocaína também aumentou, passando de 2,3% para 2,9%. Outro aumento que merece ser destacado foi do uso de estimulantes, que inclui a anfetamina e o ecstasy, que nos últimos quatro anos aumentou de 1,5% para 3,2% ([www.cebrid.com.br](http://www.cebrid.com.br)).

Segundo dados estatísticos que podem ser observados na figura abaixo, verificamos no II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), constatou que a região Sudeste, foi onde se verificou a maior porcentagem de uso na vida de cocaína, sendo que a região com menor índice, foi o Nordeste do país.

---

<sup>1</sup> UNODC – Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime.

**Cocaína - Riscos**  
**USO NA VIDA DE COCAÍNA - BRASIL E REGIÕES**

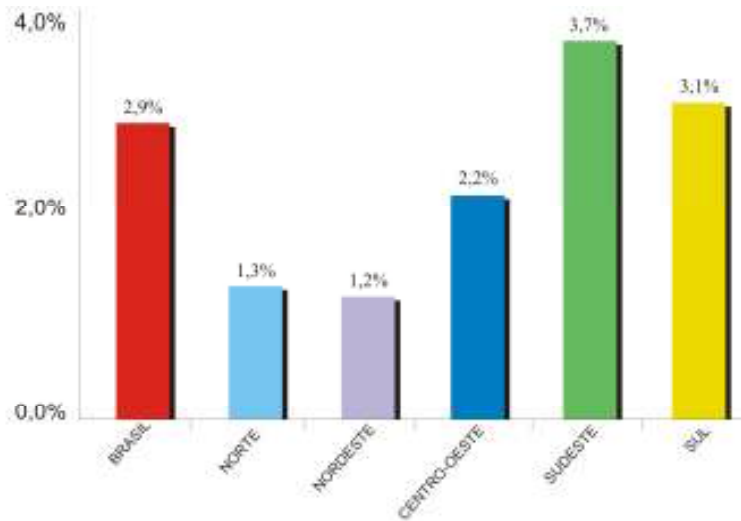


Figura I - Cocaína - uso na vida Brasil e Regiões

No mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas - quase 5% da população entre 15 e 64 anos - usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano. Cerca de metade dos usuários consomem drogas regularmente; isto é, pelo menos uma vez por mês. A droga mais consumida no mundo é a cannabis (maconha e haxixe), atingindo cerca de 4% da população mundial, enquanto 1% usa estimulantes do grupo da anfetamina, cocaína e opiáceos. O uso de heroína é um grave problema em grande parte do planeta: 75% dos países enfrentam problemas com o consumo da droga. Os opiáceos (especialmente a heroína) são considerados as drogas mais problemáticas, e são consumidos mais frequentemente, na Ásia e na Europa, em segundo aparece à cocaína, droga que mais provoca dependência, e na América do sul, mais leva os dependentes ao tratamento. ([www.cebrid.com.br](http://www.cebrid.com.br)).

Os problemas causados pela cocaína são focos de atenção em vários países, predominantemente nos industrializados da América e da Europa. A partir da década de

1990, que o número de dependentes de cocaína realmente começou a aumentar no Brasil. O índice de uso entre estudantes, que era de 0,5% em 1987, quadruplicou, passando a 2,0% em 1997. Porém, esse aumento não se deu de forma homogênea em todo país, concentrou-se principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Quantidades cada vez maiores de drogas foram apreendidas, e os atendimentos hospitalares decorrentes do uso de cocaína tornaram-se mais freqüentes. Ao longo dessa década, derivados da coca começaram a ganhar a preferência em algumas cidades brasileiras, como o crack (cristais fumados em cachimbo) em São Paulo e a merla (espécie de pasta também fumada) em Brasília, aumentando ainda mais os índices de problemas de saúde ([www.antidrogas.com.br](http://www.antidrogas.com.br)).

Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) descrevem:

Nos Estados Unidos mostraram um aumento progressivo de uso durante os anos 1980 e um certo declínio em algumas populações escolares nos anos 90. No Brasil, há evidências de que o uso aumentou progressivamente nos últimos 20 anos. Uma avaliação epidemiológica realizada pelo centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas (CEBRID), no período de 1988 a 1999, revela que as internações para tratamento da dependência de cocaína e seus derivados foram as que mais cresceram: de 0,8% em 1988, para 4,6% em 1999: um aumento de 475% (p.69).

O consumo de cocaína na Europa, ainda é menor que na América do Norte, mas em 2005, pela primeira vez, a Espanha registrou prevalência anual do uso de cocaína, maior que nos Estados Unidos. Entre 2000 e 2006, a área global de plantio da folha de coca diminuiu 29% e está em 159,000 hectares. Isso ocorreu principalmente por causa

da redução na área de plantio na Colômbia. Por outro lado, houve ligeiro aumento nas áreas de plantio da Bolívia e do Peru, apesar de ainda estarem bem abaixo dos níveis encontrados há uma década. Apesar do aumento do consumo na Bolívia e na Europa, o uso de cocaína no âmbito global se estabilizou, devido à redução nos Estados Unidos. Mas, a contenção na plantação da folha de coca entre 2000-2006, não levou à diminuição da produção de cocaína. Especialistas atribuem isso, ao aprimoramento nas técnicas de produção da droga. A produção total de cocaína tem se mantido estável nos últimos anos 1.008 *toneladas métricas* (mt) em 2004; 980 mt em 2005; 984mt em 2006. (BRAHA<sup>2</sup>, 2007).

Percebe-se que há uma grande preocupação em relação às conseqüências da dependência química e os seus prejuízos para a estrutura familiar. O uso de drogas lícitas e ilícitas é uma grande dificuldade para a sociedade moderna, o acesso a essas substâncias é cada vez mais fácil para os diferentes grupos populacionais, afetando sua vida cotidiana. O problema com drogas vivenciado por pais e filhos não é mais um problema jurídico, e sim uma questão social da mais alta relevância, que envolve o futuro da sociedade.

O Brasil tem cerca de 860 mil usuários de cocaína, estima um documento da Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo o relatório anual do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes (UNODC), 0,7% da população brasileira entre 15 e 64 anos utilizava cocaína em 2005. Estatística representaria um aumento de 75% em relação ao número de quatro anos antes, mas o UNODC esclareceu que o aumento é decorrente de uma mudança na metodologia do cálculo. O estudo ainda diz que, no mundo, 14 milhões de pessoas consomem cocaína (UNODC, 2007).

---

<sup>2</sup> BRAHA – Brasileiros Humanitários em Ação.

Um estudo de Carlini, Galduróz, Noto, Nappo, Lima e Adiala (1995), aponta as regiões Sul e Sudeste do Brasil como sendo os principais consumidores de cocaína, sendo os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e a Capital Federal, as maiores áreas de consumo. Esse estudo também ressalta que o uso da cocaína costumava ser predominante entre membros das classes média e média alta, mas nos últimos anos está atingindo as classes média baixa e baixa, através do uso intravenoso e do crack (UNODC, 2007).

Cerca de 20 mil brasileiros, morrem a cada ano em decorrência do consumo de tóxicos ou de crimes relacionados ao tráfico. Nada apavora mais os pais de adolescentes, do que a possibilidade de seus filhos se envolverem com drogas. Segundo pesquisa do Ibope, o problema é a quarta maior preocupação da nossa população, depois do desemprego, saúde e salário (BRAHA, 2007).

Um estudo de pesquisadores do Centro de Medicina Legal (Cemel) de Ribeirão Preto, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mostrou que 91,5% das notas de R\$ 1 contêm vestígios de cocaína. Foram analisadas amostras de dinheiro em nove cidades: São Paulo, Santos, Ribeirão Preto, Guaíra, Rio de Janeiro, Brasília, Goiânia, Juiz de Fora e Londrina. Com exceção de Londrina e Goiânia, nas outras cidades todas as notas tinham traços da droga. Foram analisadas 47 notas. O estudo seguiu a mesma linha de trabalhos semelhantes feitos nos Estados Unidos (92% das notas contaminadas) e no Reino Unido (60%) (BRAHA, 2007).

Muitos dependentes de cocaína usam notas de dinheiro enroladas em forma de canudo para aspirar à droga. De acordo com as pesquisas levantadas pela polícia federal de São Paulo, o consumo de cocaína, por parte da população, é muito maior do que a estimativa atual (entre 2% e 4% da população). (BRAHA, 2007).

Segundo pesquisadores, o uso de substâncias que alteram o estado de consciência está envolvido em mais de 92% dos episódios de violência doméstica (por quem pratica, pela vítima ou por ambos). O álcool age frequentemente como um desinibidor, facilitando a violência. Os estimulantes, como a cocaína, o crack e as anfetaminas, também estão envolvidos com frequência nos episódios de agressão, reduzindo o controle dos impulsos e aumentando os pensamentos paranóicos (persecutórios) (Zilberman & Blume, 2005).

Segundo Silveira e Moreira (2006, citado por Claudino & Gonçalves, 2006), a concepção suicida tem sido referenciada como uma situação assídua, chegando a estar presente em 40, 5% dos casos de emergência, com o diagnóstico de uso ou dependência de cocaína.

O aumento do consumo vem ficando cada vez mais visível nos últimos anos, inclusive das drogas não-conhecidas, como a sintética. Mas nenhuma outra droga tem causado tantos problemas como a cocaína.

### **1.1. Tipos de Drogas e seus Efeitos**

Atualmente, para efeitos de classificação, droga pode ser considerada qualquer substância, natural ou sintética, lícita ou ilícita, que seja capaz de alterar o estado físico e/ou psicológico de seu usuário, quer seja consumida para fins medicinais ou recreativos (Lyman, 1991).

Segundo o levantamento realizado pela Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD, 2002) o termo, droga psicotrópica ou psicoativa é utilizado para definir qualquer substância capaz, de modificar o funcionamento da atividade cerebral.

As drogas podem ser subdivididas de várias maneiras, uma delas, é quanto a sua licitude, podendo ser legalmente aceita em uns países ou não, o que torna seu uso ou venda um ato criminoso. Há também a divisão, de acordo com os efeitos que a mesma provoca no sistema nervoso central, como as depressoras, as estimulantes e as perturbadoras Além de poder ser classificada, por seus níveis de dependência físicas e psicológicas.

Desde que os efeitos desejados sejam alcançados, os dependentes apontam inúmeras e diversificadas justificativas para o consumo: relaxar, levantar o astral, inspirar a criatividade, aumentar o desejo sexual e o prazer e alterar o humor, além de também serem ingeridas socialmente, com o intuito de chegar mais perto de Deus e de suas revelações (uso religioso) (Lyman, 1991).

O Álcool, uma das drogas permitida no Brasil e no mundo, quando consumido em excesso, causa tonturas, distúrbio do sono, náusea, vômito, tremor e ressaca, podendo provocar mudanças de humor e de comportamento, tornando o indivíduo agressivo, ansioso, agitado e violento, além de deixar a fala confusa ou incompreensível. O abuso dessa droga, leva aos transtornos gastroenterológicos, como danos ao fígado, inflamação do pâncreas e gastrite. O uso excessivo dessa substância compromete os reflexos motores, além disso, dependência física, depressão respiratória e morte por cirrose podem ocorrer. O álcool possui também uma ação anestésica, podendo provocar amnésia, prejuízo da coordenação, diminuição da concentração de testosterona plasmática, arritmia e hipertensão, prejudicando a memória e a aprendizagem. Assim como disse Shakespeare (citado por Bordin, Figlie e Laranjeira, 2004) “o álcool provoca o desejo, mas retira a performance” (pág. 39), pois seu uso continuo provoca inflamação da próstata, o que intervem diretamente no desempenho do homem em sustentar a ereção. (Michel, 2002 & Schuckit, 1991).



O tabaco é uma droga lícita, é consumido na forma de cigarro, contém nicotina e leva à dependência física e psicológica. O nome científico da planta aonde é extraído, é *Nicotina tabacum*. Foi utilizado pela primeira vez, aproximadamente, no ano 1000 A.C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágicos-religiosos, com objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros, além disso, os indígenas acreditavam que a mesma os dava o poder de prever o futuro. No Brasil, sua entrada se deu, provavelmente, pela migração de tribos tupis-guaranis. ([www.usp.br/medicina/grea](http://www.usp.br/medicina/grea)). A nicotina é absorvida, principalmente pelos pulmões, é levada ao coração e rapidamente distribuída por todo o corpo. Ela pode levar as complicações como: infarto, enfisema pulmonar, bronquite crônica, infecções respiratórias e câncer de pulmão, laringe, esôfago, bexiga, pâncreas e rins. (Angerami-Camon, 2003, Seibel & Toscano Júnior, 2004).

Os solventes significam substâncias capazes de dissolver coisas, e o inalante é toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou boca. Agem de forma a substituir por alguns segundos o oxigênio que é absorvido pela corrente sanguínea e pela rica superfície dos pulmões, dando a sensação de euforia e tontura. Atingindo assim o cérebro, o fígado, o coração, os pulmões e os rins. Seu uso é feito através de um pedaço de pano, onde se encosta o nariz e a boca, para aspirar seus vapores, ou colocando em saco plástico para aumentar a concentração dos vapores. Inicialmente, produz euforia e em seguida, depressão. Inalações profundas ou repetidas podem causar desorientação, perda de controle e, às vezes, queda de pressão, convulsões, desmaios e coma. É possível ocorrer o sangramento e feridas no nariz, perda de coordenação muscular e olhos congestionados. O uso simultâneo com álcool pode levar à arritmia cardíaca e provocar a morte. É comum a dependência física e psicológica. Seus danos psicológicos, psiquiátricos e

comportamentais incluem fadiga, esquecimento, clara dificuldade de pensar, irritabilidade, alterações da personalidade, redução de motivação, vigiância, depressão do humor; disforia e sensação de perseguição. Na abstinência, a droga provoca tremores, irritabilidade, respiração acelerada, perturbações do sono, náusea e desconforto no abdome e no tórax. (Bergeret e Leblanc, 1991).

Benzodiazepínicos é um sedativo-hipnótico, consumida por via oral, em forma de pílulas ou dissolvidos em bebidas. Neste tipo de entorpecentes vemos a ocorrência de apagamentos com perda completa de memória, risco de coma, parada respiratória, tonturas, desorientação, náuseas e dificuldades com os movimentos e com a fala. É capaz de desenvolver dependência, além de poder prejudicar o desempenho psicomotor, a atenção, a vigiância e a capacidade de julgamento. (Fontaine, Hervé & Morel, 1998).

O Ecstasy ou MDMA, ou ainda, como é conhecida pelos seus dependentes: “droga do amor”, é consumido via oral, alcança a concentração sanguínea em cerca de 2 horas, pode desencadear distúrbios psiquiátricos como ansiedade, alucinações, depressão, paranóia, humor alterado e pânico. Tem como efeito físico proeminente, a tensão muscular, náuseas, visão embaçada, tremores, suor, calafrios; desidratação, boca seca, ranger de dentes e aumento da pressão arterial e do batimento cardíaco. Podendo desencadear possíveis desmaios, hipertermia e falência renal. Afeta diretamente o apetite, o sono e a atividade sexual (Michel, 2002 & Schuckit, 1991).

As Anfetaminas, facilmente encontradas nos remédios para emagrecer, são chamadas de “bolas” por seus dependentes, e é consumida via oral, podendo ser encontrada na forma de tabletes ou cápsulas, ou ainda, ser inalada, fumada ou injetada. É uma droga estimulante que causa dependência. Devido seus efeitos euforizantes e de redução da fadiga, eleva o humor, aumenta a atividade motora e a fala, tendo sensações de poder, excitação e aumenta o estado de alerta. Empregada no sangue circula por todo

o corpo e se concentra no baço, nos rins e no cérebro. Em doses pequenas, os efeitos incluem diminuição do apetite, dilatação das pupilas, dificuldades para dormir, aumento dos batimentos cardíacos, da frequência respiratória e da pressão sanguínea. Em doses maiores, pode causar secura na boca, febre, transpiração, dor de cabeça, visão desfocada, tremores dos músculos, tontura, perda do sono e do apetite (o que pode levar à desnutrição). Doses exageradas provocam palidez, batimentos cardíacos acelerados ou irregulares, tremores, perda da coordenação, irritação, ansiedade, paranóia, depressão, agressão, convulsões e até morte. As anfetaminas provocam dependência física e tem como maior parte dos usuários, pessoas do sexo feminino. (Fontaine, Hervé & Morel, 1998).

Crysthal é uma droga sintética atual muito usada pelos jovens nos EUA, tendo a princípio, o uso medicamentoso para descongestionamento nasal, hoje é tratado como entorpecente da natureza do êxtase, um psicoestimulante da origem das metanfetaminas. Seus efeitos duram de 4 a 6 horas, elevando o humor e causando visão dupla, náusea, vômitos e ansiedade. Pode ser cheirada, fumado ou inalada, e pode provocar irritabilidade, agressividade, agitação psicomotora, taquicardia, euforia, aumento de pressão arterial, aumento da vigilância, aumento da capacidade física e aumento de temperatura corporal, que pode chegar 41°C, provocando crises convulsivas. Frequentemente ocorrem complicações no comportamento, como paranóia, pânico, alteração repentina de humor acompanhado de choro ou riso e comportamentos psicóticos que vão da mania à catatonia. Na abstinência, causa dores abdominais, gastroenterites, aumento do apetite, depressão e ocasionalmente suicídio. (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004; Tiba, 2007).

A Maconha é o nome dado aqui no Brasil a uma planta chamada cientificamente de *Cannabis sativa*. O THC (tetrahydrocannabinol) é uma substância química fabricada

pela própria maconha, sendo o principal responsável pelos efeitos da planta que pode ser fumada, e atua diretamente sob os pulmões, prejudicando-os significativamente. Os seus efeitos são: o aumento dos batimentos cardíacos, os olhos vermelhos, pupilas dilatadas, voz pastosa, fala exagerada, aumento do apetite e a boca seca, além de prejudicar a noção de tempo e espaço. É capaz de desenvolver paranóia ou ataque de pânico, disforia e desencadear processos psicóticos, podendo ocasionar alteração cognitiva, prejuízo da atenção, dificuldade de concentração, prejuízo da memória, alterações de humor e de percepção e dificuldades de coordenação motora. Afeta a capacidade imunológica do organismo, aumentando a vasodilatação nos órgãos genitais e, nos homens, diminuindo a produção de espermatozoides. Na síndrome de abstinência, pode ocorrer irritabilidade, calores, soluços, diminuição do apetite, náuseas, dores musculares, ansiedade, depressão e tremores discretos. Sendo responsável por uma dependência psíquica. . (Bergeret, Leblanc, 1991 & Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004; Tiba, 2007).

O LSD, forma abreviada de Lissergic Saure Diathylamid, dietilamida do ácido lisérgico, é uma droga alucinógena, ingerida por via oral, podendo ser encontrado na forma de tabletes, cápsula, comprimido ou líquida. Causa de dependência psicológica, eleva a temperatura do corpo e pressão do sangue, provoca tremores e perda de apetite. Seus efeitos são imediatos, iniciam-se de 30 a 90 minutos após a ingestão, podendo durar aproximadamente 6 a 12 horas, age caracteristicamente no sistema nervoso autônomo. Deixam às pupilas dilatadas, boca seca, provoca náuseas, vertigens, aumento da frequência cardíaca e sentimentos subjetivos de frio ou calor. Seus efeitos visuais são comuns, as cores parecem mais vivas, do que o normal. Pode provocar alucinações crônicas, ansiedade, depressão, euforia, prejuízo da memória de curto prazo, desencadear processos psicóticos e reações agudas de pânico, além de prejudicar o

desempenho de tarefas cognitivas. São comuns os delírios de grandiosidade e os persecutórios. (Tieppo, 2003, Ellinwood, 1989, citado por Nassif & Bertolucci, 2003).

Os Cogumelos, que podem ser comidos ou bebidos dissolvidos em chás, causam dependência de forma extremamente rápida, tendo como consequência o aumento da pressão arterial, perda de líquido no corpo, náuseas, vômitos, diarreias, palpitação, excitação, agressividade, alucinações e aumento da temperatura corporal, deixando as pupilas dilatadas. Outra característica comum dessa droga é o sentimento de perseguição. (Fontaine, Hervé & Morel, 1998).

A Heroína é um alcalóide derivado da morfina, conhecida como “a rainha das drogas”, face o alto poder de destruição do ser humano. Pode ser utilizada de forma injetada, fumada ou inalada, quando ingerida é absorvida pelo sangue, concentrando-se grande parte nos pulmões, fígado, baço e penetrando no cérebro com rapidez e em grandes quantidades. Deixa o dependente com a fala arrastada, eufórico, pupilas contraídas e a falta de apetite, podendo levar a desnutrição. Prejudica a visão noturna, causa náuseas, vômitos e sensação de estar doente (após o primeiro uso ou quando consumida em altas doses). Piora o desempenho sexual e diminui o interesse por sexo. Ocorrem mudanças de comportamento, de humor, diminuição da atividade física, interação social, e pode levar ao isolamento. Deixa a respiração difícil e arfante, a pele fica inchada e seca. Em altas doses, a heroína provoca a perda dos sentidos e morte por overdose. (Bucher, 1992).

O Crack e Merla são variações da cocaína encontrada em pedra, que são aquecidos e fumados com cachimbos ou artefatos que possibilitam a queima. A droga leva 15 segundos para atingir o cérebro e causar a fissura. As consequências são as mesmas da cocaína, porém elevadamente (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004), que veremos a seguir, mas detalhadamente.

## 1.2. Cocaína

A cocaína é um psicotrópico estimulante de alta potencia adictiva que, uma vez experimentada, torna-se imprevisível, ou seja, o controle ou abandono do seu uso. No decorrer dos anos, cientistas e clínicos ponderaram que, a cocaína produzia somente uma dependência psicológica, que seria uma resposta decorrente da euforia e do prazer do seu uso, porém, hoje é reconhecido que esta droga é causadora de grande dependência física. (Tieppo, 2003, Ellinwood, 1989, citado por Nassif & Bertolucci, 2003).

O conceito de Cocaína é complexo, Bucher (1992) afirma que a cocaína é um estimulante poderoso, deixa o sistema nervoso central em estado de alerta, desarmando o individuo e inibindo uma serie de iniciativas.

É consumida em superfície lisa e plana, geralmente vidro ou espelho, é separada com lamina e colocada em linhas finas, denominadas pelos dependentes como “carreiras”, que são aspiradas, sendo que em média um grama de cocaína pode produzir de 20 a 30 “carreiras”. (Weiss, 1994).

Gold (1991) e Weiss (1993, citados por Leite & Andrade, 1999), afirmam que a quantidade de cocaína em cada linha depende muito dos adulterantes que são frequentemente adicionados (talco, açúcar, farinha, pó de mármore) ao pó para aumentar seu volume, conseqüentemente, isso aumenta o lucro do traficante. Após a inalação, a cocaína é rapidamente absorvida pela corrente sanguínea, e pode ser detectada no sangue apenas três minutos após o consumo. Seus efeitos começam a surgir a partir do momento em que ela é aspirada

Estudos apontam que efeitos fisiológicos e psíquicos da droga são diretamente correlacionados à concentração sérica da droga. Os efeitos da droga sobre o humor se

evidenciam de 15 a 30 minutos após o consumo, acompanhados por aumento da pressão arterial e taquicardia, efeitos fisiológicos costumam durar 60 minutos. (Weiss, 1994). A euforia ocorre durante o aumento da concentração da cocaína no sangue, após atingir a estabilidade e o nível sérico, começam a cair os efeitos psíquicos, que são depressão, ansiedade, cansaço, irritabilidade e principalmente, fissura intensa por mais cocaína (Weiss, 1994).

Os efeitos provocados pelo ato de fumar cocaína são mais rápidos que no ato de inalar, cerca de 5 a 10 minutos, porém, duram menos tempo. O aumento do uso da cocaína pode reduzir o período de estímulo, alguns dependentes se queixam de sentir desassossego, irritabilidade e ansiedade. É possível desenvolver uma tolerância notável ao estímulo rapidamente, pois, existem queixas de que a droga não produz mais tanto prazer, como era o obtido na primeira vez. Seus efeitos físicos abarcam a construção dos vasos sanguíneos periféricos, a dilatação das pupilas e o aumento da temperatura corporal, da frequência cardíaca e da tensão arterial. A durabilidade dos seus efeitos eufóricos imediatos inclui alta estimulação, redução de fadiga e clareza mental, de acordo com a administração, quanto mais rápida for à absorção, mais intenso será o estímulo, com uma ação mais breve (Nassif & Bertolucci, 2003).

Segundo Tiba (2007), a cocaína manifesta alguns sinais físicos facilmente identificados que caracterizam o seu uso: a boca tende a ficar seca, devido a pouca produção de saliva, e a língua a ficar branca, devido à saburra que acumula. Hábito de fungar e limpar o nariz, pois sente a presença da coriza, como se estivesse resfriado, e fala como os dentes serrados, dando a impressão de que está mordendo algo com muita firmeza. Outros sintomas também são observáveis em dependentes, após quinze minutos podem-se notar a diarreia, câimbras abdominais e vômitos sem náuseas. O âmbito da sexualidade pode ser afetado com a impotência genecomastia no homem, e na

mulher, pode provocar alterações no ciclo menstrual, galactorréia, amenorréia, infertilidade e dificuldades orgásticas.



## Capítulo II: Dimensões da Dependência Química

### 2.1. A Biológica

A dependência de cocaína pode provocar sinais e sintomas físicos e psíquicos agudos importantes, tanto em usuários crônicos, eventuais ou iniciantes, pode estabilizar problemas clínicos de base ou ainda gerar complicações clínicas pelo uso prolongado. Tais definições permitem clarear a problemática do objeto de estudo desta pesquisa.

Segundo Dalgarrondo (2006), a dependência consiste em uma interação entre um organismo vivo e uma droga psicoativa, resultando em um estado mental alterado, muitas vezes físico, para ser caracterizada, inclui uma compulsão em usar a droga, para saborear seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado por sua ausência.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1997, citado por Moraes, 2005) define a dependência química como um estado psíquico e físico, que sempre incluem uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais. Pode ser considerada hoje como uma epidemia social, pois atinge toda gama da sociedade, desde a classe social elevada a mais baixa. A Síndrome de dependência, segundo a classificação internacional de doenças, de transtornos mentais e de comportamentos da – CID-10 (OMS, 1993) é definida por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de substância – ou uma classe de substância – alcança uma prioridade maior para um determinado indivíduo do que outros comportamentos que antes tinha valor.

As substâncias psicoativas são classificadas em três níveis que alteram o Sistema Nervoso Central – SNC: as drogas depressoras (diminuem as atividades do cérebro), as estimulantes (aumentam as atividades do cérebro) e as perturbadoras (desordenam as atividades cerebrais). Estas substâncias, quando administradas em qualquer organismo vivo, são capazes de modificar as funções fisiológicas ou de comportamento. Para Bordin, Figlie e Laranjeira, (2004) a intoxicação do sistema nervoso central pode causar dores de cabeça, perda de consciência temporária, convulsões e morte. Alguns desses efeitos talvez sejam devidos ao aumento da temperatura corporal causado pela droga.

Seibel e Toscano Júnior (2004), afirmam que independentemente da quantidade, o uso contínuo e/ou altas doses de cocaína pode provocar reações estereotipadas: ranger os dentes e mandíbulas (bruxismo). Tendo como efeitos iniciais, as pupilas dilatadas (midríase), a falta de sono, podendo chegar à insônia, e a pressão arterial elevada. Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) acrescentam dizendo que a cocaína pode modificar o funcionamento normal do sistema cardiovascular, elevando a circulação de adrenalina e provocando vasoconstrição. “Ao mesmo tempo em que o coração esta sendo estimulado a trabalhar mais, os efeitos da vasoconstrição privam o músculo cardíaco do sangue necessário.” (pág. 71) As conseqüências destas disfunções podem ocasionar arritmia severa ou até mesmo ataque cardíaco, independentemente da idade do dependente. Outros órgãos também são atingidos pela vasoconstrição: os pulmões em indivíduos que fumam a cocaína, a cartilagem nasal daqueles que a aspiram e danos ao trato gastrointestinal.

De acordo com Haim, Dani, Lippmann, Goldberg, Steven eWalkenstein (1995), as áreas mais devastadas pelo o uso da cocaína fumada são os pulmões, que desenvolve sintomas respiratórios agudos, como tosse, produção de escarros, dores no peito, respiração deficiente, aumento da asma, ferimentos nas vias aéreas, edema pulmonar e

hemorragia. Sendo também muito recorrente queimadura unilateral na região supra glótica, causadas por uma tela de lã de aço, usada para filtrar a cocaína (McQueen, Yarbrough, Witsell, Holmes, & Shockley, 1995).

Quando entramos na opção da cocaína inalada, descrita por Deutsch e Millard (1989), Brody, Slovis, e Wrenn (1990), Behlau e Pontes (1993), Sousa e Rowley (1994) e por Silverman, Lee-Chiong, e Sherter (1995), nos mostram que freqüentemente ela pode causar ruptura e/ou desintegração do septo nasal cartilaginoso e ósseo, que conseqüentemente resulta na queda da estrutura interna de apoio do nariz, onde acaba gerando um colapso da ponte nasal com deformidade de sela e perfuração do septo nasal.

Segundo Deutsch e col. (1989), a cocaína inalada, causa ainda, imobilização e ulceração da mucosa e musculatura da parede posterior da faringe, diminuição na elevação da parede lateral da faringe; necrose isquêmica de palato duro e mole, quando a aplicação ocorre no palato e faringe, com envolvimento da membrana mucosa e musculatura palatal, causando eventualmente, ulceração, infecção e gradual retração de palato. A perda do forro nasal e musculatura do palato mole permitem a retração, distorção e paralisia, incapacitando a função esfínteriana velofaríngea e distorcendo a fala inteligível. Também pode ocorrer ausência da úvula, hemorragia nasal, pela perfuração do septo nasal; mudança vocal pela retração palatal e disfagia decorrente da deformidade de palato e imobilidade faríngea, além de rinite crônica, sinusite e alteração do gosto e olfato. Em relação aos efeitos na voz, Deutsch e col (1989) relatam severa hipernasalidade com emissão de ar em todos os fonemas e ininteligibilidade de fala.

O edema de vias aéreas superiores pode se desenvolver após direta irritação pelas drogas, ou pelas substâncias químicas utilizadas na sua preparação e pode ser

agravado pelas manobras inspiratórias profundas, usadas pelos dependentes para prolongar o efeito da droga. Entre seus achados estão como sintomas disfagia, dispnéia, rouquidão e dor de garganta.

Além dos sinais, já citados acima, como edema, deformidade nasal e perfuração palatal, Sousa e Rowley (1994) relatam em seu texto, a ocorrência de esclerose dos ossos da base do crânio, tumoração nos seios etmoidais com tecido inflamatório, consistente com granuloma e, ausência total de septo nasal, cornetos e paredes mediais dos seios maxilares, formando uma só cavidade, a qual se mantém em comunicação direta com a cavidade oral, através da perfuração palatal, gerando assim, uma rinolalia aberta. Estes achados, na opinião dos autores são decorrentes do uso diário de grande quantidade de cocaína, por muitos anos.

Behlau e Pontes (1993) referem que as drogas têm ação direta sobre a laringe e a voz e também provocam alterações cardiovasculares e neurológicas. A cocaína inalada pode lesar diretamente a mucosa de qualquer região do trato vocal e provocar ulcerações na mucosa das pregas vocais, e completam que a cocaína injetável provoca hipotonia muscular, fadiga vocal e dificuldade em manter uma comunicação adequada e eficiente, particularmente no uso profissional da voz.

No caso da dependência química, a neurologia que se atem a físico-química, se limita ao estudo da dependência emocional e orgânica, principalmente em função do que ocorre com os neurotransmissores do paciente, em virtude do consumo da droga.

A compreensão da dependência química precisa estar inclusa na neurologia simbólica, que inclui e reconhece todo conhecimento sobre o Sistema Nervoso em todas as descobertas da psicologia e da psiquiatria, pois, o significado emocional das vivências individuais, familiares e socioculturais que seguem o uso da droga e o papel realizado por ela no desenvolvimento da personalidade e da cultura, porém os

significados simbólicos não são exclusivos da psiquiatria e da psicologia, ambas buscam compreendê-los e estudá-los dentro do sistema nervoso, com o funcionamento dos neurotransmissores (Byington, 2003).

No intento de compreender fisiologicamente e emocionalmente a dependência química, o maior desafio da neurologia simbólica é conhecer a localização e o funcionamento do arquétipo central no sistema nervoso. O que os dependentes nomeiam “barato” para produzir o estado de euforia, bem-estar, paz, totalidade, auto-realização e felicidade, a uma sensação de que tudo está no seu lugar, de que o mundo é coerente, de se estar encarnado em si mesmo e no cosmos é exatamente os símbolos e funções estruturantes que trazem à consciência a noção da existência e do funcionamento centralizado e sistêmico do arquétipo central. A droga proporciona à consciência a vivência que as pessoas na sua singularidade conquistam após sua maturidade (Byington, 2003).

A cocaína é um forte estimulante do sistema nervoso central por dificultar o processo de absorção da dopamina, mensageiro químico relacionado ao prazer. A dopamina libera o sistema de recompensa do cérebro e relaciona-se com o estímulo, o que caracteriza o consumo de cocaína. O impulso nervoso ao chegar ao botão sináptico, ativa às vesículas de dopamina que se abrem, liberando-a na fenda sináptica, que ativava o receptor dopaminérgico do botão pós-sináptico. Deste modo, o estímulo se propaga. Na presença de cocaína que atua como bloqueador de recaptção sináptica aumenta-se os níveis de dopamina na fenda e, conseqüentemente, eleva-se a estimulação que, por sua vez, levará à depressão dos níveis desse neurotransmissor no sistema (Silva & Laranjeira, 2004).

Segundo Tieppo (2003) a ingestão de cocaína induz a uma decrescente captura neuronal da dopamina, acrescentando sua disponibilidade na fenda sináptica aumentando a neurotransmissão dopaminérgica.

(...) quando a dopamina é liberada na fenda sináptica por um estímulo neuronal, para que seu efeito não seja permanente, ela sofrerá ação enzimática da monoaminoxidase que promovera sua quebra e inativação. Também pela mesma razão, o restante da dopamina será recaptada pelo neurônio dopaminérgico impedindo assim que ela continue estimulando o receptor pós-sináptico. A cocaína impede que se esses processos aconteçam, determinando uma sobre-estimulação dopaminérgica (p. 51)

A utilização da droga causa para o organismo, um estado alterado e o mesmo busca incessantemente o seu retorno ao equilíbrio. Sendo assim, os sistemas neuronais em sua plenitude geram, buscando retornar sua homeostasia, os fenômenos de tolerância e o aparecimento das síndromes de abstinência, podendo esta ser a causa do aparecimento do fenômeno de sensibilização (Tieppo 2003).

Sendo assim, o fenômeno conhecido como tolerância, surge do uso constante de uma substância que fazem com que à mesma quantidade de droga seja incapaz de determinar o efeito anterior. O dependente da droga acrescenta cada vez mais a quantidade consumida e decrescem os intervalos de tempo de consumo para tentar obter o mesmo estado, que nós estendemos como desequilíbrio do sistema nervoso, e os dependentes como “barato” (Tieppo 2003).

A tolerância também é causador, em parte, pelas síndromes de abstinência, pois, com a assiduidade do uso o sistema é atingido o que diminui a sensibilidade ou a quantidade de receptores neuronais para a droga. Com isso, o sistema na ausência da droga retarda seu reequilíbrio, pois o mesmo passa a ter resposta deficitária para os níveis normais de neurotransmissor, o que vem a gerar os efeitos que são visto na crise. Sendo que para o reequilíbrio se faz necessitando da ausência total da droga. (Tieppo, 2003). Portanto o termo "Síndrome de Abstinência" define como característica principal da dependência física (Carlini & Masur, 1989).

Cada tipo de droga tem sinais diferentes para os sintomas de abstinência, observam-se com frequência os sintomas gerais de abstinência: ansiedade, inquietação, náuseas, tremor, sudorese, podendo ocorrer convulsões, coma e morte (Dalgalarondo, 2006).

O consumo da cocaína pode levar ao surgimento de convulsões. A cocaína é um potente facilitador da ocorrência de convulsões de todos os tipos, principalmente tônico-clônicas (indistinguíveis daquelas da epilepsia). Já que proporciona um aumento de temperatura corpórea pode atingir mais de 42° e pode até mesmo provocando a morte por hipertermia ou em casos de doses maiores estão relacionadas com parada respiratória (BRAHA, 2007).

## **2.2. A psicológica**

Segundo Yaría (1995), a droga é uma substância química capaz de alterar o organismo. Sua ação psíquica é exercida sobre o comportamento, a percepção e a consciência.

A dependência psíquica é caracterizada pelo o estado de prazer que se instala no consumo da droga que o individuo mais se identificou. A experiência com o prazer, que em geral é vista como própria da toxicomania, é apenas um elemento secundário que aparece no momento inicial do consumo, porém, a dependência psicológica não deve ser subestimada, pode ser tão ou mais destrutiva que a dependência física. A dependência psicológica tem por definição, o estado caracterizado pela preocupação emocional e mental com os efeitos da droga e por uma busca persistente da mesma. Ou seja, quando a substância química procura “soldar” a fissura do “Eu” ou culminar o vazio do “Eu” (Carlini & Masur, 1989).

Segundo Olievenstein (1984, citado por Bucher, 1992) na vivência do toxicômano, o tempo vivido é um elemento de sua oscilação entre a plenitude prazerosa e o vazio da falta. Sendo assim, compreender o tempo se torna uma ferramenta necessária para elucidarmos questões a respeito da dependência.

É o tempo que assina o acaso e o incontrolável, a instantaneidade e o infinito. O tempo não é um sistema fechado, ele é, e já não é mais. É o futuro, é lembrança, logo é memória. Mas antes de tudo o tempo é fluido. Ele imprime fluidez ao evento psíquico, sem o tempo, este se converte em monólito e com o tempo torna-se meteoro (Bucher, 1992, p.215).

Minkowski (1933) em a fenomenologia do *tempo vivido* nos mostra a posição ao tempo cronológico, que se torna altamente relevante para a compreensão das temporalidades maníaca e depressiva, sendo de inegável valor para compreender as turbulências pelas quais passa o dependente químico, na busca de um equilíbrio precário que lhe permita viver o seu sonho de busca constante ao produto que elimine a falta.



Este raciocínio é completado por Gold (1993, citado por Leite & Andrade, 1999) onde o desejo tremendo de repetir os aspectos prazerosos da experiência do consumo de cocaína, juntamente com seus sintomas depressivos de abstinência, podem levar ao uso crônico compulsivo da mesma.

Na dependência psicológica o indivíduo sente um impulso incontrolável, procura ajuda das drogas, evitando o incômodo, assim, indicando a existência de alterações psíquicas, favorecendo a obtenção do hábito, sendo um dos aspectos importantes da dependência química.

A sensação de prazer indescritível, denominada pelos próprios dependentes de “fissura”, e descrita com grande euforia, como se tudo estivesse “mais vivo”, desperta um desejo avassalador e incontrolável de vivenciá-la novamente, porém, paradoxalmente, temos a tolerância, efeito visto com o uso regular da substância nos mostra que a dose necessita de ser aumentada para alcançar os efeitos desejados, essa tolerância é o fenômeno responsável pelo aumento da necessidade que o dependente sente de usar a droga. É importante ressaltar que esse fenômeno não é causado apenas nas drogas que produzem dependências psicológicas (Nassif & Bertolucci, 2003).

Segundo Henry Ey (citado por Streparava, 2007, p. 1):

É um problema que depende tanto da evolução social, econômica e espiritual das sociedades, quanto do caráter mórbido do indivíduo dependente e de seus motivos inconscientes. Assim, a conduta do dependente constitui uma perversão que satisfaz completamente a sua necessidade (busca do prazer, fuga do sofrimento).

O uso inveterado de cocaína, ou mesmo após uma orgia de consumo, tende a desenvolver sintomas depressivos, a euforia, sonolência, paranóia, irritabilidade

distorção da realidade, ansiedade, padrão estereotipado compulsivo repetitivo de comportamento e alucinações visuais, auditivas ou táteis vividas. Segundo Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), o abuso da droga interfere na capacidade volitiva e crítica, afetando o sistema nervoso central e a capacidade de julgamento.

O delírio, uma complicação psiquiátrica que pode ser causada pelo abuso da cocaína, pode acontecer tanto durante a intoxicação como na abstinência da substância. Também pode ser diagnosticado transtorno de humor, podendo ser caracterizado por humor depressivo, irritabilidade e anedonia ou humor expansivo. A cocaína pode produzir sintomas de ansiedade, que são julgados como sendo produzidos pelo efeito fisiológico imediato da mesma. É possível ainda que apresente ataque de pânico, fobias ou obsessões, podendo se assemelhar à ansiedade generalizada. É também causadora de disfunções sexuais que são comuns durante intoxicação e o transtorno do sono, que produz insônia durante a intoxicação e hipersonia na sua abstinência (Leite, Segal & Cabral, 1999; Bergeret & Leblanc 1991).

Frequentemente, nestes episódios, uma psicose tóxica costuma desenvolver-se sem que necessariamente o indivíduo tenha alguma história de psicopatologias prévia, segundo Dalgalarondo (2006), a psicopatologia diferencia as psicoses tóxicas, induzidas por drogas, e as psicoses funcionais (esquizofrenias, psicoses afetivas). As psicoses tóxicas são quadros psicóticos causados diretamente pela ação da droga sobre cérebro, são quadros de curta duração, horas ou no máximo dias, e remitem na medida em que a droga aparece no sistema nervoso. Esses quadros geralmente incluem rebaixamento de nível de consciência, confusão mental, ilusões e alucinações visuais, menos frequentemente, auditivas, medo e perplexidade. As drogas que mais frequentemente produzem esses quadros tóxicos são: os alucinógenos e as anfetaminas, porém a cocaína e a maconha podem eventualmente produzir psicoses tóxicas.

Freqüentemente o indivíduo se queixa de impotência sexual, incapacidade de ejaculação ou de obter o orgasmo. Os profissionais ressaltam, o uso do efeito crônico de cocaína na sexualidade, podendo desencadear perda de libido e impotência, afetando a excitação sexual, podendo produzir ejaculação precoce sem estímulo sexual. No estado do consumo crônico, observa-se que o hábito de consumir, supri a necessidade do parceiro sexual, sendo que a assiduidade deste, resulta em impotência ou frigidez (Gold, 1993, citado por Leite & Andrade, 1999; Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004).

A busca pela essência tem levado o homem moderno à enorme procura de si nos relacionamentos sexuais, contudo, ele fica mais distante deste encontro e mais uma vez, a droga entra como um cálcio para a angústia gerada por mais este conflito.

O indivíduo médio está despreparado para o ócio. Sem metas e sem outros com quem interagir, a maioria das pessoas perde a motivação e a concentração. A mente começa a viajar, e geralmente se concentra em problemas insolúveis que provocam ansiedade. Para evitar essa condição indesejável, a pessoa recorre a estratégias que afastam o pior (...), envolver-se no jogo obsessivo ou na sexualidade promíscua, ou ficar bêbado ou se drogar. Essas são maneiras rápidas de reduzir o caos na consciência a curto prazo (...) (Csikszentmihalyi, 1999, p. 68).

Uma questão a ser levantada de extrema relevância para entendemos a dependência psicológica, são questões relacionadas à diminuição da auto-estima, que esta diretamente ligada à perda do auto-respeito, sentimentos de vazio, solidão, angústia e depressão, o que poderia sugerir a redução dos interesses, a deterioração dos cuidados

consigo mesmo, a perda de vínculos sociais e ao envolvimento com atividades criminosas (Dalgarrondo, 2006).

### 2.3. A Familiar

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

Apesar da importância psicológica da família na construção do sujeito, no que diz respeito à identidade, sendo este um tema amplo e complexo, só recentemente, na década de 50, tornou-se uma área de estudo no campo da psicologia em que ela própria é o objeto. (Orth, 2005)

Para o entendimento deste trabalho, adotaremos o seguinte conceito de família: núcleo que se caracterizam por uma regularidade de cooperação econômica, relações afetivas, estabelecimento de limites e normas, saberes e comunhão de valores, podendo ser para além do casal e dos filhos, independentemente de laço sanguíneos. Nesta perspectiva, a família é vista como uma unidade dinâmica, ou seja, está susceptível às mudanças individuais de seus personagens e do meio em que vivem. A família é, por isso, um processo no qual se geram transformações, no nível da estrutura, da dimensão, dos papéis e das suas atividades. (Dias, 2001)

A dependência de cocaína pode afetar a vida dos pais e dos filhos em suas relações familiares, pessoais e sociais, chegando a provocar danos físicos e psicológicos em todos os membros da família. Trata-se de um grave problema familiar e pessoal, que resulta em sérias conseqüências.

Bursztein e Stempliuk (1999) afirmam que, se puder entender que o uso da droga já indica uma dinâmica familiar comprometida, estaremos ampliando nossa concepção e expandindo a compreensão do fenômeno, e sendo levados a entender que

não estamos abordando apenas um indivíduo que se droga e sim uma família que forma um sistema no qual a dependência química de um de seus membros é um dos fatores.

Ao analisar de forma sistemática toda complexidade do tema família, em relação à dependência química, se vê necessário resgatar todas as relações que sustentem o desenvolvimento de ações que promovam a saúde, e por conseqüência, a qualidade de vida das mesmas. (Orth, 2005)

As transformações sofridas pela “entidade” família, são facilmente percebidas. Filosofias de vida que serviam como modelos, foram derrubadas, a estrutura familiar, que, antigamente, a maioria esperava construir, já não é usual. As mesmas estão diminuindo de tamanho e seus núcleos já não são tradicionais. Por tudo, conflitos e tensões entre as famílias aumentaram sensivelmente com o passar dos anos. (Gauderer, 1998)

Atualmente encontram-se outras dificuldades, como a relação da sociedade com as drogas e a família, os temores frente à violência, ao desemprego, às doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

O *modus operandi* da sociedade contemporânea capitalista, altamente consumista, descreve, segundo Lorenço (2001), uma das maneiras de entendermos o funcionamento de “famílias adictas”<sup>3</sup> onde o lema é “ter para ser”, sendo a adicção a necessidade de alcançar algo para se sentir integrado à comunidade e manter o *status quo*.

A desagregação, ou seja, a quebra do vínculo familiar, representa hoje, um dos fatores mais importantes para que se crie o terreno propício onde vão crescer o consumo de drogas proibidas e a violência que este fenômeno gera. Porém, a personalidade do indivíduo, o significado que ele dá à droga, e seu papel individual dentro do contexto familiar são aspectos de grande relevância para compreensão da dependência química.

---

<sup>3</sup> Famílias Adictas: Famílias que possuem membros com forte dependência emocional e fisiológica de uma substância química que progrediu além do controle voluntário

Existe uma relação direta entre a imersão do jovem na droga e a qualidade da vida familiar que se vive. Não hesito em dizer que se o nosso tempo é o tempo da droga é porque a qualidade da vida familiar se diluiu (Charbonneau, 1983, p. 82).

Para Figlie, Melo e Payá, (2004), vários fatores relacionados ao uso de entorpecentes compõem a história da disfunção familiar, como a droga escolhida, a idade e o sexo do dependente - em sua maioria, do sexo masculino e estão numa faixa etária que vai da adolescência até a idade próxima dos 30 anos. Segundo Burzstein e Stempliuk (1999) o estágio emocional em que a família se encontra os fatores sociais, econômicos e culturais, tanto do dependente como da família, e as psicopatologias são influentes.

Bordin, Figlie e Laranjeira, (2004) encontrou dados associados ao gênero dos membros ou tipo de vínculo dentro da família, dependentes químicos masculinos, por exemplo, tem suas mães envolvidas em uma relação de superproteção, as quais, em sua grande maioria, são extremamente permissivas. Sendo que todos esses fatores interagem com o efeito do abuso de substância, para produzir um sistema familiar disfuncional.

O dependente químico é, aqui, olhado não como efeito de uma causa ou coisificação, mas como agente reflexivo de um quadro de relações que, no tempo e no espaço, sobre ele, em conjunto com a família, se vão tecendo as teias dos padrões comunicacionais. Sendo a comunicação a grande geradora dessas mudanças comportamentais nos indivíduos, e como a comunicação é um processo social, as causas das patologias, conseqüentemente da dependência química estudada neste trabalho, podem ser procuradas nas perturbações do processo de comunicação na relação familiar. (Dias, 2001)

A descoberta da droga no seio familiar, geralmente é causadora de sensações de desespero e desamparo acompanhado de um assombroso sentimento de impotência que gera, muitas vezes, comportamentos complacentes e de cumplicidade, sem que necessariamente tudo isso seja feito conscientemente pelos pais. (Burzstein, e Stempliuk, 1999).

O sentimento de traição é inevitável para a família, quando se vem à tona o dependente de entorpecentes, por mais que confiança fosse uma questão bem resolvida, as decepções e frustrações são certas quando se percebem enganados e traídos (Tiba, 2007).

Convém salientar que a dimensão do problema muitas vezes é desconhecida, o que torna o enfrentamento complicado e arduo. A reação inicial mais comum dos pais é ignorar inconscientemente o problema, seguido pela negação, depois a minimização, e ocasionalmente, atribuindo a responsabilidade às “más companhias”. Essas reações são normais até certo ponto, já que, inconscientemente, eles se sentem culpados por terem falhado como pais e por não terem sabido educar os filhos. É uma defesa psicológica que leva à distorção da realidade ou a uma inadequada identificação do comportamento problemático do filho. Se o problema não for tratado quando incipiente, ocorrerá um isolamento do membro afetado e um gradual afastamento da família (Gauderer, 1998).

Segundo Rezende (1997), as acusações entre pai e mãe sobre as responsabilidades com este estado de seus filhos são recorrentes. A trama familiar é complexa, sendo comuns os pais, depois de comunicarem culpas e acusações mútuas, assumirem o papel de vítimas e procurem desesperadamente aonde falharam. Claro que há também o grupo de pais que com tudo e apesar de tudo, continuam indiferentes à situação dos filhos, o que pode nos ser indicativo de que estas famílias apresentam dificuldades de expressão e manifestação de afeto e diálogo.



Sendo assim, é possível entendermos o sistema familiar como um círculo de retroalimentação, já que o modo de funcionamento de cada membro afeta o do outro e, por sua vez, a totalidade que caracteriza o sistema afeta cada um dos sujeitos, individualmente. A falta de diálogo entre cônjuges, ou entre estes e os seus filhos, pode levar o sistema familiar à entropia<sup>4</sup>, ou à formas de interação patológicas, por falta de informações e de comunicação. A comunicação e a informação são vitais para a manutenção do sistema, tanto internamente, quanto nas relações que se estabelece com o meio exterior (Dias, 2001).

O repertório de comunicação, que introduz as regras e limites nas famílias do dependente geralmente se caracterizam de forma ambígua e contraditoriamente rígida em sua cobrança. Possuem repertório pobre de regras e limites, limites tênues entre o que não é permitido e aquilo que se é cobrado. Estas famílias sofrem sérias dificuldades no uso de símbolos restritivos de entendimento, como dizer não, e conseqüentemente na aceitação de limites. Para Stempliuk e Bursztein (1999) “Podemos chamar essas comunicações de “ordens vazias” ou advertências vazias”, ou mesmo “ameaças vazias”. (pág. 161).

Segundo Sternschuuss (1982, citado por Bucher, 1992), existe uma grande importância das ligações que o dependente químico estabelece com sua família: “quando discutimos com estes indivíduos, percebemos que eles rompem brutalmente com os seus laços, e que a violência da separação só é igualada pela violência do retorno a família” (Bucher, 1992, p.168). Pois, como nos remete Leite (1999) é na estrutura familiar que a construção da identidade dos jovens se constitui. É com os pais que se aprende o que se é ou o que se pode ser, eles representam à base da formação moral e da personalidade dos indivíduos.

---

<sup>4</sup> Entropia: Segunda lei da termodinâmica e pode ser aqui entendida como desorganização, caos, imprevisibilidade, ruptura, ou morte, por falta de informação ou por excesso dela em um determinado sistema.

Segundo Spotts e Shoutz (1985, citado por Fleming, 2001), a personalidade de dependentes crônicos de cocaína descreve os pais como figuras de suporte; as mães como sendo fortes e enérgicas, mas frias. Segundo Burzstein e Stempluk, (1999, p. 163) “não se trata, de forma alguma, de culpar os pais, pois isso significaria isolar-se numa causalidade linear. Todos os membros da família são, na realidade, vítimas de um jogo infinito onde o sintoma da dependência só irá perpetuar os efeitos”.

Todos os membros da família, que não seja o dependente químico, precisam aprender a lidar diariamente com sentimentos que são comuns a quem está nesta condição, geralmente descrito em pesquisa como raiva, ressentimento, descrédito das promessas de parar, dor, impotência, medo do futuro, falência, desintegração, solidão do resto da sociedade, culpa e vergonha pelo estado em que se encontra (Payá & Figlie, 2004).

Para Bergeret (1991, citado por Cerveny, 2004) as famílias adquirem sintomas patológicos de reação perante a dependência de seus filhos:

Em cinquenta por cento dos casos, os pais apresentam estados depressivos, às vezes com tentativa de suicídio, sintomatologias neuróticas graves, alcoolismo, dependência de outras drogas, superconsumo de psicotrópicos, assim como condutas de automedicação. Os psicotrópicos se inserem precocemente no sistema de comunicação familiar e acabam agindo como reguladores de conflitos. Certos pais apresentam afecções somáticas severas, tais como infarto e câncer, podendo levar a óbitos precoces. Existem notáveis correspondências entre a cronologia das doenças orgânicas

dos pais e dos avos e as vicissitudes do percurso do jovem dependente químico (p. 200).

Pode-se notar que a dependência química não prejudica apenas o dependente adoece toda uma família, já que indefere diretamente nas relações que esta família estabelece entre seus membros. As tentativas desesperadas de controlar, vigiar, manter e corrigir o comportamento do dependente, realizando buscas insanas em seus pertences, jogando as drogas na privada, destruindo os instrumentos de uso, importunando, brigando, reclamando, discutindo e negociando - tudo sem resultado estabelece o que chamamos de disfunção familiar. Os amigos ou os familiares se preocupam tanto com esta pessoa que são facilmente envolvidos na loucura de seu comportamento, que apesar de bem intencionado, torna-se tão desconexos quanto o do dependente (Fleming, 2001).

Primeiramente a família torna-se protetora desses comportamentos desconexos, dando desculpas, organizando suas dívidas e pagamentos, falando mentiras para encobrir o comportamento do adicto e tentando reparar relações danificadas. Com o tempo, constantes situações embaraçosas, repetidamente encobrimo-os, perceber que o dependente não está levando a sério suas responsabilidades e assim por diante acaba afetando a família severamente, gerando certa hostilidade e raiva entre os membros ditos como sadios. Começa-se a questionar a relação de troca que deveria estar acontecendo e que os dependentes não são capazes de desenvolver, nascendo assim o sentimento de “uso sem amor”, o que gera dor e frustração e que geralmente desencadeia as ameaças vazias, perda da paciência ou uma volta desesperada a um passado feliz ou simplesmente o silêncio. E sem entender cada sentimento que é gerado pela situação, as famílias tendem a negá-los e esconde-los, como se o problema não fosse mais o dependente e sim esses sentimentos (Fleming, 2001).

Com desejo que este problema desapareça de sua convivência, a família finge acreditar nas promessas repetidas de que este comportamento cessará, porém, como não finda ou apenas para por algum período de tempo a busca por ajuda, depois da culpa já instalada de que não se é capaz sozinho, a família tende a procurar um grupo de mútua-ajuda inicialmente justificada como uma saída para o dependente químico. Porém o que encontram é uma saída para si mesma aprendendo a lidar com as suas obsessões, ansiedade, raiva, negação, culpa, ou seja, com aqueles sentimentos que nascem inevitavelmente perante o comportamento dos dependentes. O enfoque começa a mudar do dependente e se torna dirigido para a convivência familiar, antes quebrada e que precisa ser restabelecida através do fortalecimento de cada membro (BRAHA, 2007).

Pode parecer falsa demagogia, mas família sempre será vista como base para as ações dos indivíduos. Contudo, não se pode pensar em família da mesma maneira que pensávamos antigamente.

E na fragilidade das ligações existente entre os membros dessas famílias em que o perigo se aninha e não na “desestruturação pai-mãe” como se pode tentar justificar. A falta de amor, de cuidados, de paciência no trato com o bebê e na seqüência de sua vida, assim como tantas outras coisas que nos parecem pequenas pode trazer conseqüências danosas a saúde mental, tais como: conflitos, agressividade, hostilidade, etc.

A fragilidade do grupo familiar: onde os pais, ou quem estiver neste papel, não exercem sua autoridade natural, para colocar regras mínimas e limites necessários para contenção do indivíduo geram conflitos internos muitas vezes incalculáveis; Na educação de seus filhos muitas vezes pais confusos não conseguem distinguir o que é ser autoritário, com o que venha a ser autoridade de pai. O autoritarismo sim é prejudicial para a criação de crianças saudáveis e que se tornaram adolescentes e adultos sadios, mas, os limites, que aqui poderíamos denominar de autoridade de pai, é

fundamental para esse acontecimento. Entre os dois há uma diferença como entre, o vinagre e o vinho, uma azeda tudo o que toca e o outro dá sabor, acompanha, mas não predomina. Por outro lado, o contrário de todos esses fatores familiares negativos, citados acima, a família também pode constituir um fator de proteção ao uso de drogas (BRAHA, 2007).

Sendo assim, é indiscutível que a família também é afetada, quando de um de seus membros consome entorpecentes. Não sendo apenas o dependente, e sim, todo seu ciclo familiar e pessoal, que adoecem, seja no aspecto físico e/ou psicológico.

## Capítulo III: Tratamentos da Dependência Química em Cocaína.

### 3.1. Médicos

A avaliação médica caracteriza o diagnóstico do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa utilizando o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (Silveira, 2006).

A dependência química é uma doença, passível de tratamento, tendo em vista os seus efeitos maléficos e a incapacidade que o dependente tem de largar o vício. Este é o posicionamento de Delton Croce (1998):

Dependência a uma droga é o condicionamento do indivíduo a ela. Quando o dependente escravizado à droga, por qualquer motivo, sofre supressão da substância tóxica, desencadeia-se nele a síndrome ou reação de abstinência. Esta, desatada pela supressão brusca da droga tóxica, leva o usuário a tomar nova dose, cada vez mais freqüentemente e em maior quantidade, instalando a total e irremediável dependência, da qual sairá submetendo-se a rigoroso tratamento médico especializado, sem, contudo, propiciar que as conseqüências orgânicas já estabelecidas regridam (p57).

O modelo médico aborda o indivíduo como potencial infectado, acreditando que as atitudes dos dependentes químicos são diretamente relacionadas com as informações sobre os riscos que a droga pode causar (Dias, 2001).

A crescente prevalência do problema do abuso de substâncias psicoativas em todo o mundo, vem estimulando inúmeras propostas de tratamento orientadas especificamente às dependências (Galanter, 1993).

A procura por tratamento, segundo Loureiro (2002), tende a ser feita por parte dos dependentes químicos quando já estão totalmente dependentes, ou seja, eles não procuram tratamento pela necessidade inicial, mas pela dependência em si. “Os médicos constataam a gravidade do problema mas garantem, por experiência clínica, que a busca do ‘corpo limpo’ de drogas é difícil, mas, com paciência e persistência, é possível” (p. 5).

O principal passo para o tratamento eficaz, segundo psiquiatras, é a suspensão absoluta do uso de qualquer substância, seja cocaína, álcool, maconha ou qualquer outro estimulante que possa induzir ao consumo de drogas. O passo seguinte será a mudança de estilo de vida, de amigos e de ambientes onde o consumo de drogas seja o centro das atividades.

Os dependentes devem fugir de situações que possam causar recaída, já que a taxa de recaída é alta, principalmente em pacientes internados devido á falsa sensação de segurança após um tratamento estruturado. No entanto elas devem ser aceitas e compreendidas não como uma falha do tratamento, mas como um alerta (Barreto, 2002, p. 1B).

O primeiro local a ser utilizado, sempre que possível, é a rede de apoio hospitalar de reabilitação ambulatorial, uma vez que é a mais econômica e ensina ao

paciente como se ajustar a uma vida sem substância, voltando a funcionar no “mundo real”. Os casos que justificam a hospitalização (internação) podem ser aqueles em que o dependente apresenta problemas clínicos ou psiquiátricos sérios e que não responderam ao aconselhamento ambulatorial, em casos em que o dependente vive a uma grande distância do hospital e em casos em que a vida dos pacientes está em tamanho caos que é difícil ou impossível lidar com eles em bases ambulatoriais (Schuckit, 1991).

Existem medicamentos que podem ser usados para o sucesso do tratamento, como antidepressivos, calmantes e neuroléticos. Diminuem a fissura causada pelo entorpecente, porém, quando os dependentes apresentarem também confusões mentais como depressão, ansiedade, confusão bipolar ou psicose, que são decorrentes do uso compulsivo ou da abstinência da droga, esses medicamentos também são bastante eficazes. O uso de medicamentos depende, no entanto, das orientações dadas pelo profissional ou instituição que está cuidando da reabilitação do dependente. O tratamento pode se desenvolver em várias etapas, de várias maneiras e por diferentes períodos de tempo (Michel, 2002).

A internação, de acordo com Cruz (2006) oferece um repouso que afasta o paciente do ambiente que perpetua o seu abuso com as drogas, permitindo esforços para a consolidação da abstinência através de atendimento médico/psiquiátrico e suporte emocional, prevenindo também o risco grave de auto ou hetero-agressão. Nela, também é mais provável que o paciente não abandone o tratamento.

Porém, salientam SENAD (2007), só o tratamento médico não é suficiente para ajudar usuários e dependentes de drogas a superar o problema. Para a diretora de Prevenção e Tratamento da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), Paulina Duarte, o usuário ou dependente químico precisa também reelaborar seu projeto de vida.



Para compreender os ilimitados modelos de tratamento, Figlie, Ribeiro, e Laranjeira (2004) afirmam que se faz necessário saber de primazia que não há serviços melhores do que os outros, e sim pacientes mais indicados para cada serviço. Existem vários tipos de lugares que se propõem a realizar o tratamento de dependentes químicos e cada um possui vantagens e desvantagens na prestação de auxílio. Dependendo do momento de cada usuário, um serviço é mais indicado do que o outro. No entanto, independentemente da linha adotada, deve-se levar em consideração o indivíduo e o contexto em que está inserido.

Para o melhor tratamento, é importante se fazer um histórico detalhado desse paciente, com o intuito de se obter uma visão ampla das drogas usadas, uma vez que o problema freqüentemente é de abuso de múltiplas drogas. Assim, é possível avaliar o tipo, a quantidade, a via de introdução e o tempo de ingestão das mesmas, assim como os sintomas apresentados. É de fundamental importância a busca pelo histórico, também de parentes e amigos, não escutando somente o paciente (Gauderer, 1998).

Uma das questões relevantes para o tratamento são as ações, que nos remetem à aderência ao tratamento, segundo Bordin, Figlie e Laranjeira (2004):

O índice de abandono do tratamento é extremamente alto entre os dependentes de cocaína, acredita-se que mais da metade dos pacientes marcam a primeira consulta e não comparece a ela, outro terço assiste a uma ou duas sessões e não volta mais. Isso significa que é muito grande a chance de perder de até dois terços dos pacientes usuários de cocaína, em menos de um mês (p. 492).

Acima de qualquer estratégia, o tratamento da dependência é uma busca constante de uma sólida mudança no estilo de vida, com a consciência de que será uma

mudança árdua, complexa, marcada por erros e escorregões. Qualquer processo de modificação de comportamentos, independentemente da adicção, em maior ou menor grau, é assim. Cabe à família, ao meio social e à equipe de profissionais do indivíduo, motivá-lo para alcançar os objetivos (Programa Álcool e Drogas, 2008).

Kaufmann (1989) ressalta que, para os farmacodependentes, a família é um fator crítico no tratamento e sua forma de atuação é fundamental nos programas terapêuticos, sendo necessário considerar os padrões comuns de relacionamento destas famílias e um procedimento estabelecido e eficaz para controlar o uso da droga. Outros estudiosos, como Stantone Todd (1985), McGoldrick (1995), O’Farel e Stewart (1997), Kalina (1999), Sudbrack (2000) e Silva (2001) têm salientado que manter a melhora de um paciente sem que atuemos em seu meio familiar se torna demasiadamente trabalhoso e complicado. A experiência clínica e mesmo a pesquisa literária comprovam este conhecimento, pois repetidas vezes vemos que a mesma família que conduz o dependente ao tratamento, resiste à idéia de que ela própria o realize juntamente com o encaminhado, de maneira consciente ou não (Galanter, 1993). Parafraçando Osório (2002), “a mesma família que pode ter contribuído para a dependência química de um de seus membros pode igualmente contribuir para recuperá-lo” (p. 35).

Especialistas afirmam que o melhor modo de combater as drogas é a prevenção. Informação, educação e diálogo ainda são os melhores caminhos para impedir que o vício se estabeleça. Para os dependentes químicos, o tratamento recomendado é a psicoterapia e/ou participação em grupos de apoio, utilizando também em concomitância de importância os medicamentos que reduzem os sintomas da abstinência ou que bloqueiam os efeitos das drogas (Vladimir, 1963).

É imperioso lembrar que apenas 30% a 35% dos dependentes químicos procuram alcançar e conseguem a abstinência por um longo período de tempo, sendo

assim, as estratégias de Redução de Danos têm lugar privilegiado para ajudar os dependentes. (Silveira, Julião & Moreira, 2006). A “Redução de Danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautado no respeito ao indivíduo” (p. 110).

Portanto, uma das formas plausíveis de ajuda (e a melhor) é fornecer informações explicativas dos efeitos nocivos das drogas para que assim ele possa alterar as suas atitudes e comportamentos.

### **3.2. Psicológicos**

Atualmente, cerca de 5% dos brasileiros são dependentes de alguma droga química, sendo assim, os diferentes aspectos nas experiências vivenciadas dos sujeitos dependentes de entorpecentes não poderiam fugir do interesse da psicologia em explorar o máximo possível os seus significados (Vladimir, 1963).

Navarro (1993) assinala a importância deste conhecimento para a Psicologia:

O tratamento de indivíduos dependentes em drogas é um dos principais desafios que as diversas formas de psicoterapias enfrentam na sociedade pós-moderna. Dentro do espaço desenvolvido pelos diversos segmentos das ciências da saúde, a Psicologia vem contribuindo de forma significativa com o desenvolvimento de estratégias psicoterápicas para o tratamento e reabilitação dos indivíduos dependentes (p. 113).

Bucher e Costa (1985, citados por Rezende, 2003) nos mostram que um caminho para o tratamento da dependência química é aquele que seja capaz de englobar os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais do problema, além de integrar um modelo que ressalta a importância da especificidade antropológica do uso de drogas nas sociedades em geral e na brasileira em particular.

A psicoterapia é um dos trabalhos que podem ser desenvolvidos pela psicologia, que busca o tratamento para problemas de natureza emocional, nos quais uma pessoa habilitada, mediante ao emprego de elementos psicológicos, estabelece deliberadamente uma relação com a pessoa que busca auxílio, visando remover ou modificar sintomas existentes, corrigir padrões disfuncionais de relações interpessoais, bem como gerar o crescimento e o desenvolvimento da pessoa (Wolberg, 1998).

Em grande parte dos casos em que há a busca pelo psicólogo, a família é que desempenha esse papel. Geralmente, quando a dependência chega ao ponto de levar aqueles que convivem com o sujeito a situações de verdadeiro desespero é que se busca ajuda, muitas vezes bem-sucedidas, para trazer o dependente para a recuperação. Porém, o ideal (longe de ser realidade) seria que o próprio dependente buscasse ajuda, o que o fortaleceria diante da família e poderia ser fator determinante para a aderência ao tratamento. Contudo, o indivíduo dependente de cocaína apresenta o mecanismo de negação, que nesse caso é um produto da ambivalência normal no processo de mudança do comportamento, podendo este, dificultar o seu acesso ao tratamento (Wolberg, 1998).

A relação do paciente dependente de cocaína com o psicólogo, pode dar-se de várias formas: o paciente pode se dirigir a alguma instituição na qual o psicólogo faz parte da equipe; pode também, mediante a alguma situação judicial, ser entrevistado ou encaminhado a um psicólogo; ou ainda, a menos comum delas, chegar a este

profissional batendo à porta de seu consultório particular (Fontaine, Hervé & Morel, 1998).

Em qualquer momento em que o encontro do paciente com o profissional acontecer, parece claro que a abordagem do paciente dependente de drogas é uma especificidade, uma técnica que se fundamenta em algumas fontes teóricas que visa a facilitação do vínculo com o paciente e o chamado êxito, ou seja, o resultado positivo do tratamento (Wolberg, 1998). Com o avanço do conhecimento, vários profissionais vêm se especializando e prestando um serviço de melhor qualidade àqueles que os buscam.

As estimativas da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO sobre a probabilidade da abstinência definitiva de drogas são de 20 a 30% de sucesso quando o paciente procura ajuda terapêutica por motivação própria; o índice passa para 8% quando o tratamento é feito por determinação judicial ou médica, e atinge 1% nos casos em que a família impõe o tratamento (Rezende, 2003). Porém, estudos nos mostram que os consumidores de cocaína são os que mais buscam tratamento.

O dependente químico terá na psicoterapia uma possibilidade de localizar um ponto de vista novo, direcionado para desdobramentos que não incluem as possibilidades da ingestão de drogas, tendo em vista que a superação vai além da dependência, que o mesmo precisa entender sua própria condição humana, tendo como meta, construções de diferentes projetos existenciais e até mesmo o direcionamento necessário para que possa superar suas limitações, tendo condições de tomada de decisão necessárias para o seu próprio desenvolvimento (Angerami-Camon, 2003).

A propensão a problemas em pacientes que abusam de drogas é evidente, seja como aquele que antecipa seu ingresso em uma terapia ou/e repetidamente durante o

tratamento (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). Sendo assim, a psicoterapia com estes, freqüentemente envolve o fato do terapeuta ter de lidar com várias crises. Contudo, em questões mais complicadas, esses tendem a responder às crises, evitando seus terapeutas, sendo que poderiam buscar neles a ajuda para os problemas tratáveis (Newman, C. F.; & Wright, F. D.; 1995).

O conflito, a separação e a perda nos relacionamentos importantes são fontes comuns de crise para os indivíduos dependentes em substâncias químicas. Temos visto dependentes se tornarem extremamente disfóricos, raivosos ou desesperados quando os pais os “rejeitam”, os cônjuges rompem o relacionamento, o contato com seus filhos lhes é negado e quando membros de sua família ou de seu círculo de amigos morrem. Os relacionamentos amorosos e conjugais recentemente rompidos, em particular, põem os clientes em risco de uso de drogas renovado ou continuado. Os clientes podem buscar conforto em suas drogas preferidas, esperando amortecer a dor da perda interpessoal (Newman, C. F.; & Wright, F. D.; 1995).

Com relação à família, o tratamento procura ajudá-la a compreender o dependente e trabalhar os sentimentos de culpa, raiva e impotência, determinados por este membro que adoeceu. Vale ressaltar que, em casos muito graves, existe a possibilidade de internação à revelia, o que exige uma equipe bastante especializada, em primeiro lugar para fazer o diagnóstico adequado da gravidade, e também avaliar se aquela família apresenta uma capacidade de sustentar este procedimento, que deve ser o último recurso. Muitas famílias acabam desistindo, por não estarem fortalecidas o suficiente para a chamada intervenção. Infelizmente, na maior parte dos casos em que o dependente de cocaína não aceita a oportunidade, o familiar, frustrado, também abandona a chance de tratamento (Polity, 2002).

Estudos brasileiros assinalam a melhora significativa dos dependentes de drogas, quando suas famílias são incluídas nos tratamentos. No entanto, tanto as pesquisas quanto a rede de atendimento psicoterápico à família com dependentes de drogas, apesar de terem crescido nos últimos anos no Brasil, ainda são embrionárias (Polity, 2002).

Schuckit (1991), também nos mostra que é de fundamental importância o aconselhamento vocacional, ocupacional e familiar, para auxiliá-lo a desenvolver um grupo terapêutico de abstêmios, mostrando a ele como utilizar seu tempo livre. Para que o mesmo tenha perspectivas positivas sobre o tratamento e possa reconstruir uma vida sem a substância.

A psicoterapia de grupo vem se mostrando, ao longo das últimas décadas, como um dos instrumentos mais conhecidos no tratamento da dependência química e, em suas diversas formas, costuma associar diferentes tipos de programas terapêuticos (Soyka et al., 2001, citados por Figlie, Melo & Payá, 2004). Esse modelo de psicoterapia é uma valiosa forma de tratamento com dependentes, já que pode ser aplicada a diferentes substâncias, tais como nicotina, álcool, cocaína, anfetaminas (Stead & Lancaster, 2000; Flores & Mahon, 1993; Edward et., 1999, citados por Figlie, Melo & Payá, 2004).

O fato de os dependentes químicos pensarem (onipotentemente) ser os únicos a vivenciarem tal situação (Ramos, 1997, citado por Figlie, Melo & Payá, 2004) é o fator gerador da grande importância dada a psicoterapia grupal. Sendo também, reconhecida na ajuda com a prevenção e a recaída, pois tendem a levar seus pacientes à compreensão de suas dificuldades pessoais e de relacionamento, diante e por intermédio do grupo, buscando encontrar em seus “parceiros”, respostas diferentes para a transformação de sua realidade (Mélega, 1994, citado por Figlie, Melo & Payá, 2004).

Na psicoterapia de grupo, o terapeuta pode ser um modelo de identificação, assim como, cada membro, uns para os outros, em determinados aspectos, ressaltando as devidas diferenças. A ação terapêutica está nesta possibilidade: onde cada um pode se ver e refletir-se nos outros, para poder reconhecer aspectos próprios que são negados ou não muito bem quistos. (Figlie, Melo & Payá, 2004).

Estudos nos mostram que a terapia de grupo familiar também é extremamente eficaz nos tratamentos para dependentes químicos, tanto em termos de participação, como de atingir a meta da abstinência, alguns autores nos expõem que “num serviço ambulatorial, 80% dos pacientes aderiram melhor às intervenções oferecidas quando seus familiares permaneciam em atendimento familiar, diferentemente daqueles que não tinham familiares no serviço”. (Bennun, 1985, citado por Figlie, Melo & Payá, 2004, p. 10).

Os grupos de auto-ajuda também são grandes ferramentas para tratamento da dependência química. Assim, como as instituições de internação que se fazem necessárias, em certos casos, para um início de recuperação mais intensiva, os grupos ajudam tanto o próprio dependente a evitar o contato com os entorpecentes, como também auxiliam os familiares e amigos a lidar com o problema. Os mesmos ajudam a identificar pontos negativos e busca a reeducação de condutas estereotipada dos próprios dependentes, assim como de seus pais (BRAHA, 2007).

Nenhum tipo de tratamento pode ser completamente eficaz, no entanto é notório que grupos de auto-ajuda, como NA, tem ajudado um grande número de pessoas (Edwards, 1997, citado por Figlie, Melo & Payá, 2004) mesmo que saibamos pouco sobre sua efetividade por experimentos controlados (Bebbington, 1976; Glaser e Ogborne, 1982; Ogborne, 1989 e 1993, citados por Figlie, Melo & Payá, 2004).



A publicação dos resultados de um grande estudo americano – National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study (CCTS) – nos mostrou a eficácia em tratamentos psicoterápicos para pacientes com dependência de cocaína. Este estudo foi realizado por seis meses com pacientes que começaram e terminaram o tratamento, sendo que a psicoterapia intensiva beneficiou muito os pacientes mais graves com evidências de co-morbidade. Até então, havia dificuldade de reconhecer eficiência em tratamentos não farmacológicos (Meyer, 1992). Uma perspectiva mostrada é a precária aderência desses pacientes, o que já era empiricamente conhecido. Esta precariedade não invalida o tratamento. Além disso, o estudo comprovou que a base estrutural da psicoterapia mais eleita entre eles, seria uma abordagem comportamental, porém com especificidades.

Os pacientes que receberam uma abordagem mista de terapia cognitiva, com entrevista motivacional, treinamento de habilidades e prevenção de recaída, demonstraram melhor aderência em comparação com o grupo que recebeu apenas o que é chamado de *drug counselling*, ou seja, um aconselhamento que se restringe às questões ligadas ao consumo de cocaína. E o estudo recomenda, em sua conclusão, que as novas terapias não deixem de incluir a atenção aos problemas antigos, conscientizando o paciente da necessidade de abstinência e de sua continuidade (Meyer, 1992, p. 900).

O melhor resultado que se pode esperar de um tratamento, está em reconhecer que este não irá curar um dependente como se cura alguém com uma patologia física, e sim, que, quando o trabalho terapêutico possibilita o estabelecimento de uma opinião

sobre as escolhas que deverão ser feitas e que, quando momentos decisivos se apresentarem, terão ciência de que é o sujeito e não o terapeuta ou a instituição quem escolherá a forma de saída da dependência. A cura, então, se estabelece por meio de um compromisso de negociação intensiva e constante do paciente com ele mesmo, do paciente com sua família e do paciente com terapeuta. Ou seja, dele com o mundo (Lacks & Quaglia, 2006).

É sabido que dois dos grandes desafios do tratamento são, em primeiro lugar, conscientizar o paciente da necessidade da abstinência, e depois, da necessidade da manutenção.

Como é visto, pode-se questionar essa problemática de diferentes perspectivas: pela concepção biomédica, acreditaremos que a dependência química é um distúrbio psíquico puramente orgânico e na concepção psicológica enfatizaremos a influência do psíquico. A psicanálise explicaria este fenômeno à luz de uma estrutura do inconsciente, na abordagem comportamental, destacam-se os acontecimentos do ambiente como determinadores da conduta humana, já na abordagem fenomenológico-existencial, teoria na qual se fundamenta esta pesquisa, a dependência química constitui-se numa possibilidade de escolha dentre as possíveis e disponíveis no mundo. E partindo dessa premissa, a psicoterapia Fenomenológico-Existencial valoriza o ser como pluridimensional, livre e aberto às suas possibilidades, podendo escolher cuidar de si, criando a sua vida, responsabilizando-se por seu projeto. É necessário para que isto ocorra e que não haja alienação, uma tomando consciência de si, de seus limites, possibilidades, e liberdade de responder com responsabilidade (Instituto de Psicologia Fenomenológico Existencial do Rio de Janeiro – IFEN, 2007).

Porém, independentemente do referencial teórico, todas possuem vantagens, pois buscam proporcionar o compartilhamento de experiências e, logo, facilita a percepção

do funcionamento do indivíduo, por identificação com os demais membros do grupo.  
(Figlie, Melo & Payá, 2004).

## II – PARTE: Operalização da Pesquisa

### Capítulo I: Metodologia

#### 1.1. Método qualitativo de base fenomenológica

A base teórica do método usado: o delineamento metodológico empregado foi o desenhado por Giorgi (1985) e remodelado por Gomes (1999), seguindo a orientação de M. Ponty (1999, p.11) ao enfatizar o caráter existencial ou comportamento da redução do método fenomenológico: “longe de ser, como se acredita, uma fórmula de uma filosofia idealista, a redução fenomenológica (que explora apenas o saber vivido) é a fórmula de uma filosofia existencial (que explora como esse saber dirige o comportamento)”.

O delineamento metodológico de Gomes (1999) segue estas três etapas, caracterizadas pelo que chama de “Reflexibilidade Fenomenológica”: Descrição, Redução e Interpretação Fenomenológicas.

Na primeira etapa, chamada de Reflexão Descritiva ou Descrição fenomenológica, explora-se, através de diferentes técnicas tais como por nós empregadas: história de vida tópica e entrevistas semi-dirigidas, os significados da experiência da dependência química nas duas modalidades expostas: como filhos dependentes e como pais penalizados.

Na segunda etapa chamada de Reflexão Construtiva ou Redução Fenomenológica, como sua denominação sugere, levantam-se dois tipos de estruturas vivenciais: uma com elementos “essenciais” da experiência vivida, chamadas assim por

estar composta dos elementos invariantes ou comuns a cada tipo de sujeito estudado; outra, com os elementos variantes e não comuns aos grupos de sujeitos em foco.

Na terceira etapa chamada de Reflexão Hermenêutica ou Interpretação Fenomenológica, se analisa quais são os comportamentos existenciais que os significados explorados determinam, tais como: condutas, atitudes, sentimentos, emoções etc. Essa etapa, a mais importante do ponto de vista psicológico, se assenta no postulado da psicologia fenomenológica, já explicado, na introdução de nosso trabalho, que propugna o significado vivido, ou seja, a idéia ou representação cognitiva-afetiva do objeto da experiência e do comportamento que a mesma determina. Gomes (2004) enfatiza ser esta etapa a que caracteriza o caráter prático empírico do método fenomenológico psicológico, diferenciando-se do método fenomenológico psicológico filosófico, que visa apenas o eidético, vale dizer, alcançar uma compreensão o mais universal possível dos componentes que definem o conceito do comportamento estudado, sua preocupação é apenas epistêmica e não prática. Sobre esse particular, escreve:

O terceiro passo de Merleau Ponty, ultrapassa o método fenomenológico de Husserl. Não se limita á definição de um sentido ou intencionalidade, pois, especifica um determinado modo de ser e de relacionar-se com o mundo. É interessante notar que a fenomenologia existencial entende a experiência consciente como uma visão de mundo, que traz um corpo-sujeito com capacidade de ação (Gomes, 2004, p.08).

**1.2. Participantes:** Primeiramente a pesquisadora foi em aproximadamente cinco grupos de auto-ajuda para dependentes químicos com a intenção de encontrar participantes de ambos os sexos que desejassem participar desta pesquisa. A pesquisadora apresentou-se ao grupo e expôs ao mesmo sua intenção de realizar uma pesquisa com dependentes de cocaína e seus pais. Algumas pessoas se interessaram por participar da pesquisa, todos do sexo masculino, mas somente dois foram selecionados por satisfazerem o critério da composição da amostra: os participantes deveriam ser dependentes apenas de cocaína e deveriam residir com seus pais. Desta forma, os participantes da amostra qualitativa são seis: dois dependentes de cocaína e seus respectivos pais. Os dependentes (que serão chamados nesta pesquisa de filho I e filho II) eram ambos do sexo masculino, com idade entre 25 e 30 anos, com ensino superior incompleto, pertencentes à classe média, residem em Goiânia, ambos têm filhos e estão empregados no momento.

**1.3. Instrumentos:** Relatos escritos e entrevistas dirigidas e semi-dirigidas, gravadas e posteriormente transcritas.

**1.4. Ambiente:** O lugar onde foi realizado o levantamento dos dados dessa pesquisa foi num consultório de atendimento clínico particular. Na descrição física do referido consultório inúmeras - se tais objetos: mesa, cadeira, sofá, tapete, quadro, gravador e ar condicionado.

**1.5. Procedimentos:** No primeiro momento os sujeitos fizeram um relato escrito, produto de suas reflexões sobre o tema em estudo. A questão norteadora para este relato foi diferenciada para pais e filhos, a pergunta para os pais e mães foi: “o que significou,

te atingiu, te despertou, esta experiência de ter um filho dependente de cocaína?” e para os filhos: “o que significou, te atingiu, te despertou, esta experiência de ser dependente de cocaína?” (ANEXO). Destes relatos foram levantadas as unidades temáticas, sendo elas para os pais e mães: desespero; frustração; culpa; esperança e descontrole familiar; e para os filhos: revolta; depressão; mudança de personalidade; destruição do relacionamento e vontade de mudança. Em seguida deu-se uma entrevista dirigida, e todo esse conjunto de ações faz referência à reflexão descritiva ou descrição fenomenológica, ou de exploração dos significados vivenciados em cada uma das cinco unidades temáticas (ANEXO). Aqui cumpriu-se a primeira etapa.

Com os significados levantados construíram-se estruturas significativas. Elas dizem respeito a duas modalidades, composta por elementos variantes e invariantes, tanto nos pais quanto nos filhos. Feita então a redução fenomenológica, que caracteriza a segunda etapa, partiu-se então para a terceira fase (ANEXO).

Finalmente, na etapa da interpretação fenomenológica, foi feito o último contato, com a finalidade de refletir através de uma nova entrevista semi-dirigida como os significados vividos se traduziram em novas condutas. Esta tomada de consciência existencial ética foi estimulada por essa pergunta inicial para os pais e mães: “o fato de ter um filho dependente de cocaína despertou desespero; frustração; culpa; esperança e descontrole familiar, agora gostaria que você me relatasse como cada uma dessas vivências se traduziu em condutas na sua vida”, e para os filhos o questionamento foi: “o fato de ser dependente de cocaína despertou, revolta; depressão; mudança de personalidade; destruição do relacionamento e vontade de mudança, agora gostaria que você me relatasse como cada uma dessas vivências se traduziu em condutas na sua vida” (ANEXO).

## Capítulo II: Resultados

### 1ª Etapa:

#### A. Vivência dos Pais.

Os significados vivenciados em cada uma das cinco unidades temáticas, anteriormente enumeradas: Frustração, Descontrole Familiar, Desespero, Culpa e Esperança são apresentados nas tabelas 1, 2, 3, 4 e 5.

Tabela 1 - Significados refletidos na unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Frustração	- “Senti-me frustrado porque nunca fumei e bebi (...)”. - “Frustrado por não construir um lar onde houvesse diálogo, perdão e paz”.	- “(...) me senti frustrado, por ser pai”.	- “Meu sentimento de frustração, é não ter conseguido levar ele para um bom caminho”. - “Fiquei muito frustrada por ele me culpar (...)”.	- “Não me sinto frustrada, porque fiz o que devia”. - “Me sinto frustrada por não poder ajudá-lo, quando esta triste”.



Tabela 2 - Significados refletidos na unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Descontrole familiar	<p>- “O descontrole familiar na nossa casa sempre existiu porque nos falávamos língua diferente”.</p> <p>- “A partir do momento que descobrimos, piorou o descontrole, porque foi um problema que não existia e passou a existir”.</p>	<p>- “O descontrole familiar permanece até hoje”.</p>	<p>- “Depois que descobri que meu filho era dependente de cocaína, minha família começou a ter bastante descontrole, até financeiro”.</p> <p>- “O descontrole familiar causou bastante desconfiança e desentendimentos”.</p> <p>- “Esse descontrole mudou meu humor e desentendimento com meu marido”.</p>	<p>- “Isso levou para um descontrole financeiro, desestruturou nossa família, na questão de confiança e emocional”.</p> <p>- “Mudei meu humor e comecei a ter desentendimento com meu esposo (...)”.</p> <p>- “O descontrole familiar levou meu filho à agressividade”</p>

Tabela 3 - Significados refletidos na unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Desespero	<p>- “Fiquei desesperado quando descobri, chorei muito”.</p> <p>- “Desesperado estou até hoje, vendo o meu filho jogando a saúde fora (...)”.</p>	<p>- “O desespero me levou a preocupação, decepção e a falta de apetite”.</p> <p>- “Meu desespero era um choro sem lágrimas”.</p>	<p>- “Quando descobri, fiquei desesperada, me levando a desconfiar de todas as suas atitudes”.</p> <p>- “O clima de insegurança, de ansiedade e nervosismo, me levou ao desespero”.</p> <p>- “O desespero não me levou a chorar, mas passava noites em claro”.</p>	<p>- “O desespero afetou minha vida profissional e emocional”.</p>

Tabela 4 - Significados refletidos na unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos			
Culpa	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
	<p>- “Me sinto culpado por não ter tido uma vida religiosa”.</p> <p>- “A falta de tempo para minha família me fez sentir culpado”.</p> <p>- “No meu lar não existia paz e nem carinho, isso faz aumentar a minha culpa”.</p>	<p>- “Sinto culpa por não ter ensinado uma religião a ele”.</p> <p>- “Não coloquei regras e limites, isso me faz sentir culpado”.</p>	<p>- “O meu sentimento de culpa não estava presente na hora”.</p> <p>- “Ele me culpa pelo seu vício”.</p> <p>- “Ultimamente tenho sentido culpa, de tanto meu filho e meu esposo me culparem”.</p> <p>- “Sinto-me culpada por não ter dado carinho, não aprendi a dar carinho, abraçar, beijar, minha criação foi outra”.</p>	<p>- “A culpa me levou a tristeza”.</p> <p>- “Às vezes me sinto culpada, penso que, não fui correta na educação (...)”.</p>

Tabela 5 - Significados refletidos na unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
Esperança	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
	<p>- “Tenho esperança, sou um eterno otimista da vida”.</p> <p>- “Minha esperança esta nas mãos de Deus”.</p>	<p>- “Tenho esperança, fé que ele vai mudar”.</p>	<p>- “No momento não tenho muita esperança, pois ele já teve varias recaídas”.</p> <p>- “Tenho esperança porque em breve será pai e sabe que se continuar nessa vida perdera sua esposa”.</p>	<p>- “Fiquei sem esperança, porque tem horas que acreditamos, e ao mesmo tempo desacreditamos”.</p> <p>- “Tenho esperança e acredito que ele vai sair dessa, por causa da ultima crise, que marcou muito”.</p>

### B. Vivência dos filhos.

Os significados vivenciados em cada uma das cinco unidades temáticas, anteriormente enumeradas: Revolta, Depressão, Mudança de Personalidade, Destruição de Relacionamento e Vontade de Mudança, são apresentados nas tabelas 6, 7, 8, 9 e 10.

Tabela 6 - Significados refletidos na unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
	Filho I	Filho II
Revolta	<p>- “Me sentia revoltado porque meus relacionamentos amorosos não davam certos por causa da Cocaína, e isso me deixava frustrado, nervoso, depressivo e com um grande sentimento de medo”.</p> <p>- “Ficava revoltado por qualquer coisa que me contrariava”.</p> <p>- “Revolta pra mim é fazer tudo para irritar as pessoas, provocar, descontar”.</p>	<p>- “Sinto-me revoltado porque não preciso me drogar, nem gastar tanto dinheiro e fazer o que fazia”.</p> <p>- “Eu usava mais quando ficava nervoso, ou revoltado com alguma coisa, que me contrariava”.</p>

Tabela 7 - Significados refletidos na unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
	Filho I	Filho II
Depressão	<p>- “A droga em si causa a depressão, e eu já era depressivo por natureza”.</p> <p>- “(...), quando faltava dinheiro para comprar drogas me dava depressão”.</p> <p>- “Às vezes eu entrava em depressão porque a Cocaína não era de boa qualidade”.</p> <p>- “Depois do uso vinha à depressão, arrependimento, angustiado e triste, por estar me sentindo um lixo”.</p>	<p>- “(...) depois do uso me dava uma depressão muito forte, me arrebatava, só queria ficar quieto, me esconder, me enterrar vivo, acho que a pior coisa que acontecia era a depressão, (...) eu chorava, tinha vontade de morrer, me lamentava, queria fazer besteira, ai vinha o arrependimento”.</p>

Tabela 8 - Significados refletidos na unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Mudança de Personalidade	Filho I	Filho II
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mudei minha personalidade, porque quando eu estava sobre o efeito da droga eu era outro”.</li> <li>- “Minha personalidade mudava totalmente até 2 horas antes do uso, me transformava (...), eu criava um clima essencial para usar”.</li> <li>- “Após o uso, eu ficava de mau humor, não agradava ninguém, mostrava minha verdadeira cara, grosso, estúpido e depressivo”.</li> <li>- “Geralmente quando eu usava por período longo, eu ficava um caco fisicamente e psicologicamente, não conseguia falar com ninguém, não tinha paciência”.</li> <li>- “A Cocaína me mudou muito, deixando seqüelas, ficaram algumas marcas no sentido de lembrança e culpa (...)”.</li> <li>- “Meu relacionamento mudou com meus pais porque me distanciei deles”.</li> <li>- “(...) comecei a ficar revoltado, agressivo”.</li> <li>- “Me tornei um manipulador”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Só de você ouvir falar na cocaína minha personalidade já mudava, largava tudo para usar”.</li> <li>- “Minha personalidade mudou, pois fiquei mais conversador”.</li> <li>- “Fiquei irresponsável, sem afinidade, perdi meus sentimentos de emoção, mais voado, até a vontade de viver”.</li> <li>- “Me tornei uma pessoa ruim, agressivo e estranho”.</li> </ul>

Tabela 9 - Significados refletidos na unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Destruição de Relacionamento	Filho I	Filho II
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “(...) perdi vários relacionamentos amorosos”.</li> <li>- “(...) meus irmãos e minhas cunhadas me discriminavam; perdi a amizade deles”.</li> <li>- “A Cocaína destruiu meu relacionamento familiar, a confiança e afinidade”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Meu comportamento mudou com minha família, só conversava o necessário, e agora eu fiquei pior, nem o necessário converso (...)”.</li> <li>- “Meus relacionamentos quase foram destruídos, principalmente com minha esposa, meu ciúme aumentou o nervosismo, comecei a desconfiar das pessoas”.</li> <li>- “(...) foi destruindo o meu relacionamento com meus pais, porque não tinha tempo para dar atenção para eles e para meus filhos”.</li> </ul>

Tabela 10 - Significados refletidos na unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Vontade de Mudança	Filho I	Filho II
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “(...) vontade de mudança é motivado pela necessidade e pela dor que soufrir”.</li> <li>- “Tenho vontade de mudar, primeiramente por mim, segundo porque nasci para ser feliz, não nasci para ser um adicto, e nem para ser humilhado, e nem para sentir esses tipos de dores psicológicas e físicas”.</li> <li>- “Mais o ponto principal sou eu mesmo, parar de sofrer por mim mesmo, não é por ninguém”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Minha vontade de mudança é muito grande, preciso evitar o lugar e as pessoas que usam”.</li> </ul>

## 2ª Etapa:

Na segunda etapa da redução fenomenológica, apresentam-se duas modalidades de estruturas significantes: a composta pelos significados variantes e a composta pelos significados invariantes, tanto nos pais quanto nos filhos.

## a) Estruturas significantes dos pais:

As estruturas dos elementos significativos variantes em cada uma das unidades temáticas são apresentadas nas tabelas 11, 12, 13, 14 e 15, e as estruturas com elementos significativos invariantes na tabela 16.

Tabela 11 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Frustração	- “Senti-me frustrado porque nunca fumei e bebi (...)”.		- “Meu sentimento de frustração, é não ter conseguido levar ele para um bom caminho”. - “Fiquei muito frustrada por ele me culpar (...)”.	- “Não me sinto frustrada, porque fiz o que devia”. - “Me sinto frustrada por não poder ajudá-lo, quando esta triste”.
	N= 1		N= 2	N= 2

Tabela 12 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Descontrole familiar	- “O descontrole familiar na nossa casa sempre existiu porque nos falávamos língua diferente”.			- “O descontrole familiar levou meu filho à agressividade”.
	N= 1			N= 1

Tabela 13 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Desespero	- “Desesperado estou até hoje, vendo o meu filho jogando a saúde fora (...)”.	- “O desespero me levou a preocupação, decepção e a falta de apetite”.	- “Quando descobri que ele estava usando drogas, fiquei desesperada, me levando a desconfiar de todas as suas atitudes”.	
	N= 1	N=1	N= 1	

Tabela 14 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Culpa	- “No meu lar não existia paz e nem carinho, isso faz aumentar a minha culpa”.		- “O meu sentimento de culpa não estava presente na hora”. - “Ele me culpa pelo seu vício”. - “Ultimamente tenho sentido culpa, de tanto meu filho e meu esposo me culparem”.	- “A culpa me levou a tristeza”.
	N= 1		N= 3	N=1

Tabela 15 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Esperança	- “Tenho esperança, sou um eterno otimista da vida”.		- “Tenho esperança porque em breve será pai e sabe que se continuar nessa vida perdera sua esposa”.	- “Tenho esperança e acredito que ele vai sair dessa, por causa da ultima crise, que marcou muito”.
	N= 1		N= 1	N=1



Tabela 16 - Estrutura com elementos invariantes

Sujeitos		
	Pais (I e II)	Mães (I e II)
Frustração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Frustrado por não construir um lar onde houvesse diálogo, perdão e paz”.</li> <li>- “(...) me senti frustrado, por ser pai”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Frustrada por não saber lidar com o filho”.</li> </ul>
Descontrole Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “A partir do momento que descobrimos, piorou o nosso descontrole familiar, porque foi um problema que não existia e passou a existir”.</li> <li>- “Descontrole familiar permanece até hoje”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Depois que descobri que meu filho era dependente de cocaína, minha família começou a ter bastante descontrole, até financeiro”.</li> <li>- “O descontrole familiar causou bastante desconfiança e desentendimentos”.</li> <li>- “Esse descontrole mudou meu humor e desentendimento com meu marido”.</li> <li>- “Desestruturou nossa família, na questão de confiança e emocional”.</li> </ul>
Desespero	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Fiquei desesperado quando descobri, chorei muito”.</li> <li>- “Meu desespero era um choro sem lágrimas”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “O clima de insegurança, de ansiedade e nervosismo, me levou ao desespero”.</li> <li>- “O desespero não me levou a chorar, mas passava noites em claro”.</li> <li>- “O desespero afetou minha vida profissional e emocional”.</li> </ul>
Culpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Me sinto culpado por não ter tido uma vida religiosa”.</li> <li>- “A falta de tempo para minha família me fez sentir culpado”.</li> <li>- “Não coloquei regras e limites, isso me faz sentir culpado”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Sinto-me culpada por não ter dado carinho, não aprendi a dar carinho, abraçar, beijar, minha criação foi outra”.</li> <li>- “Às vezes me sinto culpada, penso que, não fui correta na educação (...)”.</li> </ul>
Esperança	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Minha esperança esta nas mãos de Deus”.</li> <li>- “Tenho esperança, fé que ele vai mudar”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Fiquei sem esperança, porque tem horas que acredito, ao mesmo tempo desacreditamos, pois já teve varias recaída”.</li> </ul>

## b) Estruturas significantes dos filhos.

As estruturas dos elementos significativos variantes em cada unidade temática são apresentadas nas tabelas 17, 18, 19, 20 e 21. As estruturas com elementos significativos invariantes na tabela 22.

Tabela 17 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
	Filho I	Filho II
Revolta	- “Me sentia revoltado porque meus relacionamentos amorosos não davam certos por causa da cocaína, e isso me deixava frustrado, nervoso, depressivo e com um grande sentimento de medo”.	- “Sinto-me revoltado porque não preciso me drogar, nem gastar tanto dinheiro e fazer o que fazia”.
	N= 1	N= 1

Tabela 18 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
	Filho I	Filho II
Depressão	- “A droga em si causa a depressão, e eu já era depressivo por natureza”. - “(...), quando faltava dinheiro para comprar drogas me dava depressão”. - “Às vezes eu entrava em depressão porque a cocaína não era de boa qualidade”.	
	N= 3	

Tabela 19 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
	Filho I	Filho II
Mudança de Personalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mudei minha personalidade, porque quando eu estava sobre o efeito da droga eu era outro”.</li> <li>- “A Cocaína me mudou muito, deixando seqüelas, ficaram algumas marcas no sentido de lembrança e culpa (...)”.</li> <li>- “Meu relacionamento mudou com meus pais porque me distanciei deles”.</li> <li>- “Me tornei um manipulador”.</li> </ul>	- “Minha personalidade mudou, pois fiquei mais conversador”.
	N= 4	N= 1

Tabela 20 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
	Filho I	Filho II
Destruição de Relacionamento	- “(...) meus irmãos e minhas cunhadas me discriminavam; perdi a amizade deles”.	- “(...) foi destruindo o meu relacionamento com meus pais, porque não tinha tempo para dar atenção para eles e para meus filhos”.
	N= 1	N= 1

Tabela 21 - Estrutura com elementos variantes em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Vontade de Mudança	Filho I	Filho II
	<p>- “Tenho vontade de mudar, primeiramente por mim, segundo porque nasci para ser feliz, não nasci para ser um adicto, e nem para ser humilhado, e nem para sentir esses tipos de dores psicológicas e físicas”.</p> <p>- “Mais o ponto principal sou eu mesmo, parar de sofrer por mim mesmo, não é por ninguém”.</p>	
N= 2		

Tabela 22 - Estrutura com elementos invariantes

Sujeitos				
Filhos I e II				
Revolta	Depressão	Mudança de Personalidade	Destruição de Relacionamento	Vontade de Mudança
<p>- “Ficava revoltado por qualquer coisa que me contrariava”.</p> <p>- “Revolta pra mim é fazer tudo pra irritar as pessoas, provocar, descontar”.</p> <p>- “Eu usava mais quando ficava nervoso, ou revoltado com alguma coisa, que me contrariava”.</p>	<p>- “Depois do uso vinha a angustiado e tristeza, por estar me sentindo um lixo”.</p> <p>- “(...) depois do uso me dava uma depressão muito forte, me arrebatava, só queria ficar quieto, me esconder, me enterrar vivo, acho que a pior coisa que acontecia era a depressão, (...) eu chorava, tinha vontade de morrer, me lamentava, queria fazer besteira, ai vinha o arrependimento”.</p>	<p>- “Minha personalidade mudava totalmente até 2 horas antes do uso, me transformava (...), eu criava um clima essencial para usar”.</p> <p>- “Após o uso, eu ficava de mau humor, não agradava ninguém, mostrava minha verdadeira cara, grosso, estúpido e depressivo”.</p> <p>- “Geralmente quando eu usava por período longo, eu ficava um caco fisicamente e psicologicamente, não conseguia falar com ninguém, não tinha paciência”.</p> <p>- “(...) comecei a ficar revoltado, agressivo”.</p> <p>- “Fiquei irresponsável, sem afinidade, perdi meus sentimentos de emoção, mais voado, até a vontade de viver”.</p> <p>- “Me tornei uma pessoa ruim, agressivo e estranho”.</p>	<p>- “(...) perdi vários relacionamentos amorosos”.</p> <p>- “A Cocaína destruiu meu relacionamento familiar, a confiança e afinidade”.</p>	<p>- “(...) vontade de mudança é motivado pela necessidade e pela dor que sofri”.</p>

3ª Etapa:

Na terceira etapa os resultados são analisados em seus aspectos positivos e negativos. São considerados positivos (+) os comportamentos construtivos e considerados como negativos (-) os comportamentos destrutivos, que a experiência estudada provocou:

Tabela 23 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Frustração	- “Mudei de planos e projetos: profissional e familiar”. (+)	- “Senti-me mais tranqüilo”. (+) - “Procurei a religião”. (+)	- “A perdi a fé”. (-)	- “Comecei a frequentar grupos de apoio”. (+) - “Aprendi a dizer não ao meu filho”. (+)

Tabela 24 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
Descontrole familiar	-“Procurei a trilhar o caminho de Deus”. (+) -“Procurei meu refugio na religião”. (+)	-“Apeguei mais a minha família”. (+) - “Fiquei atento com as atitudes do meu filho”. (+)	-“Levou a afastar da minha família” (-)	- “A procurar Deus”. (+)

Tabela 25 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
Desespero	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
	- “Levou-me a ficar calado no meu ambiente familiar”. (-)	- “Me levou ajudar o próximo”. (+)	- “Tornei-se mais ansiosa”. (-) - “Perdi o interesse por tudo”. (-) - “Levou-me a angustia”. (-)	- “Afastei dos jovens”. (-)

Tabela 26 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos			
Culpa	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
	- “Procurei a ajudar casais e jovens que tem esse problema”. (+)	- “Fiquei mais presente na questão familiar”. (+)	- “Dar mais carinho e atenção aos meus filhos”. (+)	- “Me levou a rever a vida”. (+) - “A dar mais amor a meu filho”. (+)

Tabela 27 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidade Temática	Sujeitos			
Esperança	Pai I	Pai II	Mãe I	Mãe II
	- “Levou-me a modificar o meu estilo de vida, procurei, mas equilíbrio e paz”. (+)	- “União familiar”. (+) - “Procurei a ser mais dedicado”. (+)	- “Procurei a não brigar com meus filhos”. (+) - “Aprendi a ter paciência”. (+)	- “Procurei a ler sobre o assunto” (+).

Tabela 28 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Revolta	Filho I	Filho II
	- “Senti vontade de mais droga para machucar as pessoas”. (-) - “Levou-me a ver a vida de forma negativa”. (-)	- “Levou-me a desconfiar das pessoas”. (-) - “Economizar dinheiro para comprar e usar droga”. (-)

Tabela 29 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Depressão	Filho I	Filho II
	- “Senti-me inútil”. (-) - “Isolei-me das pessoas”. (-)	- “Fiquei mais calado”. (-) - “Me afastei das pessoas, isolei”. (-) - “Senti-me irritado e sem paciência”. (-) - “Senti descontrole emocional”. (-)

Tabela 30 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Mudança de Personalidade	Filho I	Filho II
	- “Perdi a confiança dos outros”. (-) - “(...) perda da auto-estima” (-). - “Me levou a uma vida vegetativa”. (-) - “(...) ignorar as pessoas e sentir raiva delas”. (-) - “Fugir do amor dos meus pais (...)”. (-) - “Senti a perda das amizades” (-).	- “(...) tentei ser mais correto”. (+) - “Fiquei mais calmo”. (+)

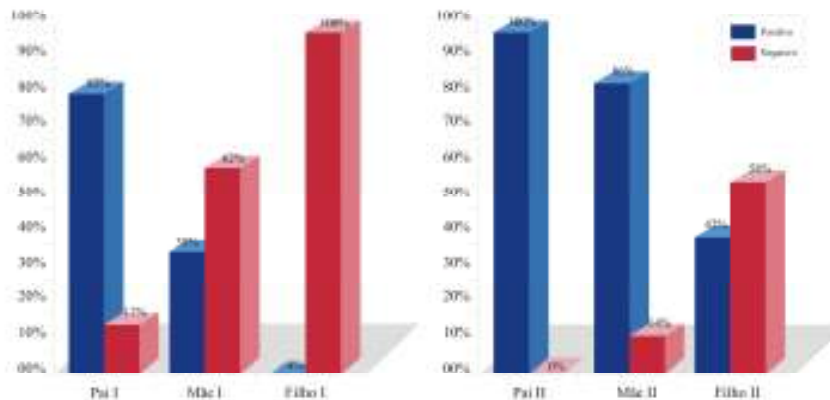


Tabela 31 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Destruição de Relacionamento	Filho I	Filho II
	- “Senti que destruí meus relacionamentos”. (-)	- “Senti que a minha família afastou de mim”. (-) - “Fiquei extrovertido”. (+)

Tabela 32 - Comportamentos que traduzem os significados vivenciados em cada unidade temática:

Unidades Temáticas	Sujeitos	
Vontade de Mudança	Filho I	Filho II
	- “Medo de tentar e não conseguir”. (-) - “(...) acomodar-me as situações” (-). - “Nada me motiva mais do que o uso da droga”. (-) - “Só sinto alegria com ela”. (-)	- “Procurei a ser mais firme nas minhas atitudes”. (+) - “Respeitar mais as pessoas”. (+)



Os dados apresentados descrevem uma relação entre as duas modalidades de comportamentos, vivenciados por todos os componentes de cada uma das famílias estudadas. Assim, na “Família I”, o pai apresenta comportamentos negativos (17%); a mãe, também, e, em maior quantidade (62%); o mesmo acontece com seu filho dependente (100%). Em relação aos comportamentos positivos, observa-se o mesmo fenômeno: pai (83%); mãe (67%); filho (0%). Nesta família, como um todo, há um peso maior dos comportamentos negativos. Já na “Família II”, o perfil se configura de forma diferente, o peso dos comportamentos positivos é maior do que os comportamentos negativos.

Por outro lado, os resultados demonstram a importância dos comportamentos dos pais diante da experiência da dependência química de seu filho e sua influência sobre os comportamentos do filho dependente. Tragicamente, as condutas negativas dos pais da “Família I” se traduzem no comportamento 100% negativo de seu filho. Ao contrário, os comportamentos positivos dos pais da “Família II”, quase 100% se traduzem nos comportamentos positivos do filho (42%).

### Capítulo III – Discussão/Conclusões

Os resultados do presente trabalho confirmam os seguintes aspectos teóricos levantados no saber existente sobre o tema.

Segundo Figlie, Melo e Payá, (2004), vários fatores relacionados ao uso de entorpecentes compõem a história da disfunção familiar, como a droga escolhida, a idade e o sexo do dependente - em sua maioria, do sexo masculino, em uma faixa etária que vai da adolescência até aproximadamente 30 anos.

O dependente químico é, aqui, olhado não como efeito de uma causa ou coisificação, mas como agente reflexivo de um quadro de relações que, no tempo e no espaço, sobre ele, em conjunto com a família, vão se construindo as teias dos padrões comunicacionais. A comunicação é a grande geradora dessas mudanças comportamentais nos indivíduos, e como ela é um processo social, as causas das patologias, conseqüente da dependência química estudada neste trabalho, podem ser procuradas nas perturbações do processo de comunicação na relação familiar (Dias, 2001).

A descoberta da droga no seio familiar geralmente é causadora de sensações de desespero e desamparo, acompanhado de um assombroso sentimento de impotência que gera, muitas vezes, comportamentos complacentes e de cumplicidade, sem que necessariamente tudo isso seja feito conscientemente pelos pais (Burzstein, e Stempliuk, 1999).

O sentimento de traição é inevitável para a família, quando se vem à tona o usuário de entorpecentes, por mais que confiança fosse uma questão bem resolvida, as decepções e frustrações são certas quando se percebem enganados e traídos (Tiba, 2007).

Convém salientar que a dimensão do problema muitas vezes é desconhecida, o que torna o enfrentamento complicado e arduo. A reação inicial mais comum dos pais é ignorar inconscientemente o problema, seguido pela negação, depois a minimização, ocasionalmente, atribui a responsabilidade às “más companhias”. Essas reações são normais até certo ponto, já que, inconscientemente, eles se sentem culpados por terem falhado como pais e por não terem sabido educar os filhos. É uma defesa psicológica que leva à distorção da realidade ou a uma inadequada identificação do comportamento problemático do filho. Se o problema não for tratado quando incipiente, ocorrerá um isolamento do membro afetado e um gradual afastamento da família (Gauderer, 1998).

Segundo Rezende (1997), as acusações entre pai e mãe sobre as responsabilidades com o estado de seus filhos, são recorrentes. A trama familiar é complexa, sendo comuns os pais, depois de comunicarem culpas e acusações mútuas, assumirem o papel de vítimas, e procuram desesperadamente a falha. Claro que há também o grupo de pais que, com tudo, e apesar de tudo continuam indiferentes à situação dos filhos. O que pode ser indicativo de que estas famílias apresentam dificuldades de expressão e manifestação de afeto e diálogo.

Segundo Sternschuuss (1982, citado por Bucher, 1992), existe uma grande importância das ligações que o dependente químico estabelece com sua família: “quando discutimos com estes indivíduos, percebemos que eles rompem brutalmente com os seus laços, e que a violência da separação só é igualada pela violência do retorno à família” (Bucher, 1992, p.168).

Para compreender os ilimitados modelos de tratamento, Figlie, Ribeiro, e Laranjeira (2004), afirmam que, se faz necessário saber de primazia que não há serviços melhores do que os outros e sim pacientes mais indicados para cada serviço. Existem vários tipos de lugares que se propõe a realizar o tratamento da dependência química e

cada um possui vantagens e desvantagens na prestação de auxílio. Dependendo do momento de cada dependente, um serviço é mais indicado do que o outro. No entanto, independente da linha adotada, deve-se levar em consideração o indivíduo e o contexto em que está inserido.

Uma das questões relevantes para o tratamento são as ações que nos remetem à aderência ao tratamento, segundo Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), “o índice de abandono do tratamento é extremamente alto entre os dependentes de cocaína, acredita-se que mais da metade dos pacientes marcam a primeira consulta e não comparecem” (p. 492).

Navarro (1993) assinala a importância deste conhecimento para a Psicologia:

O tratamento de indivíduos dependentes em drogas é um dos principais desafios que as diversas formas de psicoterapias enfrentam na sociedade pós-moderna. Dentro do espaço desenvolvido pelos diversos segmentos das ciências da saúde, a Psicologia vem contribuindo de forma significativa com o desenvolvimento de estratégias psicoterápicas para o tratamento e reabilitação dos indivíduos dependentes (p. 113).

O dependente químico terá na psicoterapia uma possibilidade de localizar um ponto de vista novo, direcionado para desdobramentos que não incluem as possibilidades da ingestão de drogas, tendo em vista que a superação vai além da dependência química que o mesmo precisa entender sua própria condição humana, tendo como meta construções de diferentes projetos existenciais e até mesmo o direcionamento necessário para que possa superar suas limitações, tendo condições de

tomada de decisão necessárias para o seu próprio desenvolvimento (Angerami-Camon, 2003).

A psicoterapia de grupo vem se mostrando, ao longo das últimas décadas, como um dos instrumentos mais conhecidos no tratamento da dependência química e, em suas diversas formas, costuma associar diferentes tipos de programas terapêuticos (Soyka et al., 2001, citados por Figlie, Melo & Payá, 2004). A psicoterapia de grupo é uma valiosa forma de tratamento com dependentes, já que pode ser aplicada a diferentes substâncias, tais como nicotina, álcool, cocaína e anfetaminas (Stead e Lancaster, 2000; Flores & Mahon, 1993; Edward et., 1999, citados por Figlie, Melo & Payá, 2004).

Estudos nos mostram que a terapia de grupo familiar também é extremamente eficaz nos tratamentos para dependentes químicos, tanto em termos de participação, como de atingir a meta da abstinência. Alguns autores nos expõem que “num serviço ambulatorial, 80% dos pacientes aderiram melhor às intervenções oferecidas quando seus familiares permaneciam em atendimento familiar, diferentemente daqueles que não tinham familiares no serviço”. (Bennun, 1985, citado por Figlie, Melo & Payá, 2004, p. 10).

Os grupos de auto-ajuda também são grandes ferramentas para tratamento da dependência química. Assim, como as instituições de internação que se fazem necessárias, em certos casos, para um início de recuperação mais intensiva, os grupos ajudam tanto o próprio dependente a evitar o contato com os entorpecentes, como também auxiliam os familiares e amigos a lidar com o problema. Eles ajudam a identificar pontos negativos e buscam a reeducação de condutas estereotipadas dos próprios dependentes, assim como de seus pais (BRAHA, 2007).

Os tratamentos devem ser de longo prazo. Esse pressuposto de McLeelan (2003) deve nos estimular a escrever um artigo exclusivamente dedicado ao assunto. A cada

ano que passa os pacientes ficam mais velhos, apresentam as mesmas dificuldades ou encontram novos desafios, mantêm-se mais tempo em abstinência ou recaem depois de muitos anos, surpreendendo-nos ou não. As vicissitudes do processo são bastante complexas e merecem cada vez mais reflexões, estudos e, sobretudo pesquisas (O'Brien & McLellan, 2003).

Esperamos, com este artigo, ter ressaltado o lugar da psicoterapia no tratamento de pacientes dependentes de cocaína como um espaço importante, mas nunca exclusivo, pois o tratamento multidisciplinar parece cada vez mais efetivo.

A pesquisa teve um caráter exploratório não conclusivo. Sendo assim, pode ser um ponto de partida para um trabalho posterior, empregando uma amostra mais representativa.

Este trabalho, no futuro pode ser dado relevante, para um estudo que venha analisar a hipótese de que a personalidade e modo de agir dos pais podem se correlacionar com a personalidade e modo de agir dos seus filhos. O trabalho abre horizontes para se pesquisar o efeito da terapia no grupo familiar como um dos procedimentos de tratamento para o problema da dependência química.

Independentemente dessa hipótese, relato a minha experiência com a “Família I”, mostrando a falta de diálogo, de carinho (contato físico) e a falta de acompanhamento para o tratamento com o dependente químico; já a “Família II”, faz o tratamento junto com o dependente, que mostrou aspectos positivos.

### Referências Bibliográficas

Angerami-Camon, V. A. (2003). *A Psicoterapia diante da Drogadição: a vida dos drogados*. São Paulo: Pioneira.

Barreto, M. A. S. (2002). Dependência química: uma doença compulsiva. *Folha Universal*, 20 jan, Geral, p. 1B-2B.

Batista, T. (2000). *Curso de Formação Profissional do Agente de Polícia Federal na Área de Prevenção e Repressão às Drogas*. Brasília. Trabalho de Especialização em Metodologia do Ensino Superior) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília.

Behlau, M.; & Pontes, P. (1993). *Higiene Vocal*. Editora Lovise Ltda. São Paulo

Bergeret, J.; & Leblanc, J. (1991). *Toxicomanias: um enfoque pluridimensional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bodgan, R.; & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Portugal: Porto Editora.

Bordin, S.; Figlie, N. B.; & Laranjeira, R. (2004). Cocaína e Crack. Em: N. B. Figlie; S. Bordin; & R. Laranjeira (2004). *Dependência Química*. São Paulo: Roca.



Brasileiros Humanitários em Ação – BRAHA (2007). *Agonia ou Êxtase?* Retirado do site (<http://www.braha.org/nuke>) em 22 de Fevereiro de 2007.

Brody, S. L., Slovis, C. M. & Wrenn, K. D. (1990). Cocaine - Related Medical Problems: Consecutive Series of 233 Patients. *Am J Med*, 88, 4.

Bucher, R. (1992). *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre.

Burzstein, P. A. & Stempliuk, V. A. (1999). Cocaína e família. Em M. C. Leite., & A. G. Andrade. *Cocaína e crack*. (p.155 -163). Porto Alegre: Artemed.

Byington, C. A. B. (2003). Da Psicologia à Neurologia Simbólica no Estudo da Drogadição. Em: J. T. Rosa, & S. L. da S. Nassif (2003). *Cérebro, Inteligência e Vínculo Emocional na Dependência de Drogas*. São Paulo: Vetor.

Carlini, E. A.; & Masur, J. (1989). *Drogas: subsídios para uma discussão*. Rio de Janeiro: Brasiliense.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2007). Retirado do site ([www.cebrid.com.br](http://www.cebrid.com.br)) em 10 de Julho de 2007.

Cervený, C. M. de O. (Org.) (2004). *Família e... comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Charbonneau, P. (1983). *Pais, Filhos e Tóxicos*. São Paulo: Almed, 1983.

Claudino, D. A.; & Gonçalves, E. (2006). Situações Relacionadas ao Uso de Substâncias na Emergência Psiquiátrica. Em: D. X. da Silveira, & F. G. Moreira (2006). *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu.

Croce, D.; & Croce Júnior, D. (1998). *Manual de medicina legal*. (4ª ed.rev. e ampl). São Paulo: Saraiva 1998

Cruz, M. S. (2006). Internação Versus Tratamento Ambulatorial. Em: D. X. da Silveira; F. G. Moreira. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu.

Csikszentmihalyi, M. (1999). *A Descoberta do Fluxo: A Psicologia do Envolvimento com a Vida Cotidiana*. Rio de Janeiro: Rocco.

Dalgalarondo, P. (2006). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Deutsch, H. L. & Millard, D. R. (1989). A New Cocaine Abuse Complex: Involvement of Nose, Septum, Palate, and Pharynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 115.

Dias, F. N. (2001). *Padrões de comunicação na família do toxicodependente*. Lisboa: Instituto Piaget.

Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime – UNODC (2007). *Novo Relatório do UNODC: Mercado Mundial de Drogas mostra sinais de contenção*. Retirado do site: <http://www.unodc.org/brazil> em 25 de junho de 2007.

Figlie, N. B.; Melo, D. G. de, & Payá, R. (2004). *Dinâmicas de grupo aplicadas no tratamento da dependência química: manual teórico e prático*. São Paulo: Roca.

Fleming, M. (2001). *Família e Toxicodependência*. (3ª ed.). Porto: Afrontamentos.

Fontaine, B.; Hervé, F. & Morel, A. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.

Frankl, V. (1986). *A Busca do sentido da vida*. Petrópolis: Vozes.

Frasquilho, M. A. (1996). *Comportamento problemas em adolescentes: fatores protetores e educação para a saúde*. Lisboa: Laborterapia.

Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: a model for office practice. *American Journal of Psychiatry*, 15: 28–35.

Gauderer, C. (1998). *Crianças, Adolescentes e nós*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.

Giorgi, A. (1996). *Theoretical justification for the use of description in psychological research*. Em: P. Asworth (Ed.) *Qualitativ Research in Psychology-Proceeding of the*

*Internacional Association for Qualitative Research*. Pittsburgh, P. A: Duquesne University Press.

Giorgi, A. (2000) *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh, P. A: Duquesne University Press.

Gomes, W. (Org.) (1998). *Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Editora Universidade.

Haim, D. Y., Lippmann, M. L., Goldberg, S. K. & Walkenstein, M. D. (1995). *The Pulmonary Complications of Crack Cocaine*, 107, 1.

Instituto de Psicologia Fenomenológico Existencial do Rio de Janeiro – IFEN (2007). Retirado do site [www.ifen.com.br](http://www.ifen.com.br), em 10 de novembro de 2007.

Kalina, E. (1999). *Drogadição Hoje: Indivíduo, Família e Sociedade*. São Paulo: Artes Médicas Sul

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

Lacks, V.; Quaglia, G. (2006). Término do Tratamento. Em: D. X. da Silveira; F. G. Moreira. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu.

Leite, M. da C.; & Andrade, A. G. de (1999). *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Leite, M. da C.; Segal, A. & Cabral, A. C. J. (1999). *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Leyens, J. P. (1997). Cognition sociale: définitions, enjeux, evolution. Em: J. L. Beauvois (Org.) (1997). *L'ère ed la cognition*. Grenoble: Presses Universitaires.

Loureiro, N. (2002). *Drogas e médicos*. Belém: Cremepa.. p. 06-08.

Lourenço, J. S. (2001). *O farmacodependente como elo para a co-construção familiar*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo]

Lyman, Michael and Petter, Gary W. *Drugs in Society: Causes, Concepts and Control*. Cincinnati (OH), Anderson Publishing co., 1991.

McGoldrick, M. (1995). As mulheres e o ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Em B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, p. 30-64.

McQueen, C. T., Yarbrough, W. G., Witsell, D. L., Holmes, D. K. & Shockley, W. W. (1995). Unilateral Supraglottitis in Adults: Fact or Fiction. *J Otolaryngology*, 24, 4.

Melo, E. (1998). Maconha e Cocaína: drogas que causam dependência. *Serviço de Análise Especializada*, 1, n. 144, p.01-03.

Merleau - Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

Meyer, R. E. (1992). New pharmacotherapies for cocaine dependence... revisited". Em: *Arch Gen Psychiatry*, 49, pp. 900-904.

Michel, R. O. (2002). *Álcool, drogas e alucinações: como trata*. Rio de Janeiro: Revinter.

Minkowski, E. (1933). *Le temps Vécu*. Paris: PUF.

Morais, F. A. D. (2005). *Conseqüências da Dependência Química e suas Implicações para o Absenteísmo na Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Esportes – Sedese/Mg*. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão de Pessoas. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro

Nappo, S. A. (1996). *Baqueros e craqueros: um estudo etnográfico sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.

Nassif, S. L. da S.; & Bertolucci, P. H. F. (2003). Avaliação Neuropsicológica na Dependência Química: crack. Em: J. T. Rosa, & S. L. da S. Nassif (2003). *Cérebro, Inteligência e Vínculo Emocional na Dependência de Drogas*. São Paulo: Vetor.

Navarro, R. (1993). *Cocaína: Aspectos Clínicos, Tratamento e Reabilitação*. Lima: Libro Amigo.

Newman, C. F.; & Wright, F. D.; (1995). Abuso de substâncias químicas. Em: F. M. D'Attilio; & A. Freeman (Orgs.). *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crise, 1*. Campinas: Editorial Psy II.

Nicastri, S. (2003). Métodos de Neuroimagem de substâncias Psicoativas. Em: J. T. Rosa, & S. L. da S. Nassif (2003). *Cérebro, Inteligência e Vínculo Emocional na Dependência de Drogas*. São Paulo: Vetor.

O'Brien, C. P.; & McLellan, A. T. (2003). "Mitos sobre o tratamento de dependência". Em *Jornal Brasileiro de Química*, 4, (1), pp. 6-12.

O'Farrell, J.T.; Sterwart, F.W. (1997). *Modelos e Métodos de Tratamento: Modelos Familiares* - Apostila.

Organização das Nações Unidas – ONU (2007). *Revisão dos 10 anos da UNGASS sobre Drogas terá consulta pública mundial: ONGs de diversos países vão indicar à ONU avanços e desafios em ações e políticas sobre drogas*. Retirado do site <http://www.onu-brasil.org.br/> em 15 de novembro de 2007.

Organização Mundial de Saúde – OMS (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993). Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Orth, A. P. da S. (2005). *A Dependência Química e o Funcionamento Familiar à Luz do Pensamento Sistêmico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Santa Catarina.

Osório, L. C. (2002). *Casais e família: uma visão contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.

Payá, R.; & Figlie, N. B. (2004). Abordagem Familiar em Dependência Química. Em: N. B. Figlie; S. Bordin; & R. Laranjeira (2004). *Dependência Química*. (pp. 339-358). São Paulo: Roca.

Polity, E. (2002). Associação Paulista de Terapia Familiar. Retirado do site [http://www.aptf.org.br/publicacoes\\_boletim\\_detalhe.asp?IDBoletim=10](http://www.aptf.org.br/publicacoes_boletim_detalhe.asp?IDBoletim=10), em 22 de março de 2008.

Ramon, S. P. (2006). Importância da Act Psychology de Franz Brentano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 2, 340-345.

Rezende, M. M. (1997). *Curto-circuito Familiar e Drogas*. (2ª ed.). Taubaté: Universitária.

Rezende, M. M. (2003). Tratamento de dependents de drogas: alguns apontamentos de experiências brasileiras nas últimas décadas. Em: J. T. Rosa, & S. L. da S. Nassif (2003). *Cérebro, Inteligência e Vínculo Emocional na Dependência de Drogas*. São Paulo: Vetor.



Roudinesco, E. (1999). *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.

Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Schuckit, M. (1991). *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Schultz, D. P.; & Schultz, S. E. (2002). *História da Psicologia Moderna*. (5ª ed.). São Paulo: Cultrix.

Seibel, S. D.; & Toscano Júnior, A. (2004). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.

SENAD (2002). *Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas*. SENAD.

Sielski, F. (1999). *Filhos que usam drogas – Um guia para os pais*. Curitiba: Editora Adrenalina.

Silva, C. J.; Laranjeira, R. (2004). Neurobiologia da Dependência Química. Em: N. B. Figlie; S. Bordin; R. Laranjeira (2004). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.

Silva, E.A. (2001). Abordagens familiares. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 2, (1): 21-24, Jun.

Silveira, D. X. da; Julião, A. M.; & Moreira, F. G. (2006). Acompanhamento Clínico: Transtornos relacionados ao uso de drogas: roteiro terapêutico e acompanhamento psiquiátrico. Em: D. X. da Silveira; F. G. Moreira. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu.

Silverman, R. S., Lee-Chiong, T. L. & Sherter, C. B. (1995). Stridor From Edema of the Arytenoids, Epiglottis, and Vocal Cords After Use of Free-Base Cocaine. *Chest.*, 108, 5.

Sousa, O.; & Rowley, S. (1994). Manifestaciones Otorrinolaringologicas por el Abuso Intranasal de Cocaína. A Proposito de un Caso. *Ver Med Panama*, 19, 1.

Stanton, M. D. & Todd, T.C. (1985). *Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas*. Barcelona, Gedisa Editorial.

Streparava, P. D. (2007). *Drogadependência: O que são drogas e para que servem*. Retirado do site <http://www.saudeparavoce.com.br/artigos/drogadependencia> em 11 de abril de 2007.

Sudbrack, M.F.O. (2000). Abordagem Comunitária: uma nova forma de pensar a prevenção do uso indevido de drogas. Em: Sudbrack, M.F.O., Seidl, E.M.F., Costa, L.F. (Orgs) *Prevenção do uso indevido de Drogas: diga Sim à Vida*. Brasília, CEAD/UnB/SENAD- SGI- Presidência da República, v.2, p.23-32.

Tiba, I. (2007). *Juventude & Drogas: Anjos Caídos*. São Paulo: Integreare.

Tieppo, C. A. (2003). O Sistema Dopaminérgico em Drogadição. Em: J. T. Rosa, & S. L. da S. Nassif (2003). *Cérebro, Inteligência e Vínculo Emocional na Dependência de Drogas*. São Paulo: Vetor.

Vladimir, A. (1963). *Farmacologia e comportamento humano*. Curitiba: Antonini.

Weis, R. D. (1994). *Cocaine*. (2ª ed.). Washington: American Psychiatric Press.

Wolberg, L.R. (1998). *The technique of psychotherapy, 1*. Filadélfia, Grunet Stratton.

Yarí, A. J. (1995). *A Existência Tóxica*. São Paulo: Loyola.

Zilberman, M. L.; & Blume, S. B. (2005). Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, II, pp. 51-55.

Anexos

### **Primeira etapa:**

A história de vida tópica do dependente químico e de seus pais.

Toxicodependentes: O que significou, te atingiu, te despertou, está experiência de ser dependente de cocaína?

#### **Sujeito I**

Ser dependente químico significou varias coisas: dor, revolta, ódio, tristeza, auto-piedade e destruição. Trata-se de inicialmente de uma ilusão, uma “libertação”, sentia-me “livre”, poderoso, capaz de controlar tudo. Depois de um tempo já não podia sentir a mesma “alegria” e ficava cada vez mais depressivo, e sempre queria mais uma dose para eliminar a depressão, causada pela dose anterior, assim aquilo que se iniciou como “liberdade” tornou-se sério, ao ponto de me levar a fazer coisas que não tenho coragem, nem tempo suficiente para escrevê-las aqui.

A cocaína atingiu demais a minha vida, mais especificamente a área da auto-estima. Minha auto-estima estava relacionada ao meu “bolso” e por sua vez se estava “cheio” eu era feliz, pois havia droga, e se não estivesse cheio, me sentia extremamente triste, pois saberia que sem a droga não poderia ficar (a dor era imensa) e por isso teria que dar um “jeito”.

Assim a droga atingiu não só a área da auto-estima (me fazendo ficar sentindo bem ou mal), mas também na área financeira, pois sou casado e arruinei as contas de casa, levei a família quase ao fracasso total, atingiu também a parte dos valores, ou seja, a minha honestidade e a minha honra estava seriamente comprometida, pois precisava roubar mentir, enganar e manipular, tudo em busca de mais uma “carreira”.

Hoje meus sentimentos já estão sendo “tratados”, porque tudo está resolvido em meu interior, é como se um furacão passa se por dentro de mim e me revirasse, me tirasse todos meus referenciais de vida. Mas o “furacão” passou e deixou tudo de ponta-cabeça e agora estou fazendo um trabalho de retirada dos escombros e dos lixos, de reaproveitamento daquilo que ainda é útil, e estou buscando ajuda em grupos de auto-ajuda e em Deus, uma nova forma de viver sem a droga.

Hoje estou convicto de que sou absolutamente impotente às drogas, pessoas e ambientes, pois para mim uma dose é muita, e mil não bastam para ficar “bem”.

**Sujeito II**

Significou um erro muito grande começar a usar Cocaína, atingiu toda minha vida, de forma negativa, mudando todo o estilo de meu viver, meus sentimentos são os mesmos, porém fiquei mais nervoso e distraído, parece até que vivo no mundo da lua, a memória também começou a ser afetada.

Eu não me considero um dependente, mais quando uso, não tenho limite de parar e acabo ficando fora de mim, machucando minha esposa e familiares (com palavras) e deixando eles me verem naquela situação.

A minha pessoa mudou muito quando comecei a usar Cocaína, não tinha, mas compromisso com nada, perdi meu jeito atencioso e brincalhão, fiquei muito voado sem diálogo com as pessoas, comecei a distanciar da minha família, fiquei muito nervoso e agressivo com minha esposa e filhos, quando uso droga fico meio paranóico, não dou conta de ficar quieto em nenhum lugar e após o uso fico triste, depressivo e revoltado.

Pais: O que significou, te atingiu, te despertou está experiência de ter um filho dependente de cocaína?

**Pai I**

A principio fiquei triste, magoado, tive dó do meu filho, e não queria acreditar.

No meu sentimento achava que tudo seria diferente, e iria passar, mas não foi bem assim, tudo foi com muita dor e sofrimento para todos, inclusive para ele.

A experiência foi muito amarga, pois via meu filho cada vez mais escravizado pelas Drogas. Porém nunca aceitei, mas nunca maltratei, sempre entendia que ele iria vencer, embora sempre tendo medo de acidentes ou overdoses. Tenho fé em Deus que ele vencerá.

**Mãe I**

Significou um fracasso da minha parte, na sua educação e na sua infância, a qual se fosse hoje jamais faria igual, mas infelizmente a gente só aprende depois de velho, e depois que passa por estas situações.

Atingiu-me profundamente o envolvimento do meu filho, com as drogas. Vivenciei todos os momentos terríveis, situações difíceis, chocantes, deprimentes e tristes. Situações que ninguém quer passar.

## **Pai II**

Quando fiquei sabendo que meu filho era dependente desse tipo de droga, fiquei muito abalado, desesperado e não sabia o que fazer. Por causa da sua criação, não foi, pois criamos com carinho, dentro de uma religião e a droga está destruindo a vida dele e da nossa família.

Eu era bem controlado financeiramente, agora estou todo endividado. Não quero isso para meu filho, não quero para filho de ninguém. Eu e minha esposa levantamos todo dia para trabalhar as 05h30min da manhã, cuidamos dos dois filhos dele e o pior é que as crianças ficam vendo o que o pai está fazendo de errado e com isso as crianças ficam tristes e traumatizadas.

## **Mãe II**

Tristeza, culpa, falta de atenção, ele é meu único filho. Quando fiquei sabendo queria morrer, pois eu senti que estava perdendo meu filho, isto é um sentimento muito ruim, sinto muito culpada. Eu sei que é uma Droga que destrói a alma, o físico, a moral, a família e a vida profissional.

Quando eu o presenciei drogado parecia que o mundo iria acabar, pois aquele não era meu filho, que me deu um casal de netos, que também é um pedaço de mim, não quero isso para ninguém.

Ele se tornou uma pessoa sem compromisso, com os filhos e até comigo. Tenho muita esperança que ele possa sair dessa, sei que ele quer, pois já está perdendo totalmente o controle, sua vida financeira está muito complicada e corre o risco de perder o emprego.

Seus filhos estão muito nervosos, pois ele quase não está dando atenção a eles. Eu amo meu filho e preciso de ajuda, não quero ver meu filho destruído por uma Droga.

## Segunda etapa:

### Mãe do sujeito I

Depois que descobri que meu filho era dependente de cocaína, minha família começou a ter bastante descontrolado, nem me lembro se ele sabia que eu sabia que ele estava se drogando, qualquer coisa que acontecia eu ficava nervosa, irritada, tudo era motivo pra brigar, ai eu brigava com meu marido, meu marido brigava comigo e eu brigava com meu filho, eram três pólvoras dentro da casa, porque tudo era motivo pra se desentender. Tudo ficou descontrolado, a gente não confia mais nele, cada vez que ele saia, eu ficava ansiosa pensando em que horas que ele ia voltar, enquanto ele não chega em casa a gente não dorme, por que fico esperando. Fica aquele clima de insegurança e nervosismo, pensando o que ele esta fazendo, se vou atrás ou não, mas sei que não adianta ir, fico muito ansiosa. O outro fala uma coisinha a gente acaba brigando e explodindo, não precisa de muita coisa, a família inteira se desestruturou quando eu cobrava dele, ele falava assim: você é culpada, eu sou assim, por causa de você. Daí eu perguntava o que que eu fiz? Eu sempre procurei cuidar bem de você dar amor, dar carinho, fazer serviço, me preocupava, tinha uma briga, eu ficava brava, mas mãe fica brava mesmo né? São quatro meninos, e eles brincavam, brigavam, deixavam bagunça, a gente brigava muito. Essas brigas era para chamar atenção, para fazer as coisas em casa, não deixar bagunça ajudar a gente nesse sentido ele me acusava, não sei se ele tinha ou se ele tem razão, não sei não. Ultimamente eu tenho sentido esse sentimento de culpa, porque eu penso assim, se ele fala tanto isso, eu acho que eu sou mesma culpada, só que eu nunca tive motivo, procuro sempre me justificar naquilo que eu fazia, acho que estou justificada, mas já que ele fala tanto, quem sabe é o que ele pensa, e assim fico pensando, eu me sinto realmente culpada, se ele fala tanto quem sabe eu sou culpada mesmo? Ai vem meu marido e joga a culpa em mim, falando que eu sempre fui muito severa, brava, exigente daí eu pego e jogo a culpa nele, você que era muito ausente, só pensava em trabalhar e jogar bola e eu ficava sozinha com os filhos em casa eu não dei conta, ai ele justifica ao mesmo tempo.

Eu tenho quatro filhos, dois perfeitos, tem um que não tem nada, um gosta de beber um pouco socialmente, o outro usa regularmente e ele ficou desreguladamente, sem nenhum controle, então se fosse assim, seria os quatro perdidos, igual ele, mas não foi Graças a Deus. O meu sentimento de culpa não estava presente na hora, de tanto ele me manipular e jogar na minha cara que eu era culpada, que comecei a desenvolver esse



sentimento, sentimento de culpa, eu era muito severa, por que o pai nunca estava presente, ele trabalhava em firma, nós morávamos no interior de São Paulo, e ele trabalhava em firma de automóveis, saia de manhã e voltava a tarde, tinha dia que nem chegava, porque ficava jogando bola. Quando ele nasceu meu marido trabalhava a noite, saia às quatro horas, e voltava de manhã. Quando ele chegava ia dormi, pra trabalhar mais tarde, levantava e ficava um pouquinho só com o filho, ele era pequenininho sentia muita falta. Eu tinha um diário de cada filho, hoje em dia eu leio e lembro que Luiz sentia muita falta do pai, chorava porque queria o pai por perto, eu me lembro dessa parte ai, ele ficava muita triste. Vamos dizer que hoje em dia a gente, chama de depressão, mas naquela época, a gente nem conhecia o que era depressão, mas eu acho que era isso, ele era muito triste e ficava triste por que o pai não estava por perto, ele gostava muito da companhia do pai, aí eu joga a culpa nele, você era um ausente, e nisso virava um descontrole totalmente familiar, e muita vezes era sim, por isso que eu estou falando que eu era muito severa, o pai sempre foi bonzinho e é até hoje, faz gracinha com ele, brinca, procura compensar eu penso, agrada muito, e tem hora que tenho que chamar a atenção, e chamo. Eu fico brava com ele até hoje, e o pai, quase nunca fica bravo. O pai é o bonzinho e eu sou a megera, a severa, mas tem que ter um ne? Mas geralmente é o Pai, mas aqui não é, é a mãe, mas não adiantou nada eu fazer isso, como que é que ele perdeu o respeito, o medo e tudo ne? Completamente! Meu sentimento de frustração, é não ter conseguido levar ele para um bom caminho, não ter conseguido ser aquela mãe, que muitas são. Fiquei muito frustrada com isso ainda, mas com ele jogando a culpa em mim, eu falava: eu sou uma fracassada mesmo, me senti muito e me sinto até hoje, ele sempre me falava: sou assim porque você é assim, ele sempre fala isso até hoje. Vocês são culpados sempre! Ai quando ele está brigando comigo, só eu sou culpada! Acho que foi má criação, falta de orientação, eu nunca o orientei sobre drogas, não existia isso, eu era por fora dessas coisas não conhecia, quando conheci, ele já estava completamente envolvido, eu nunca imaginava isso, confiava plenamente nele, nunca imaginava que isso iria acontecer dentro da minha casa, a gente é assim, boba né? Isso nunca vai acontecer com meus filhos. Quando descobrimos que ele estava usando drogas foi por causa do meu filho mais velho, que descobriu, e chamou a gente para conversar, eu fiquei chocada na hora, a reação do meu marido foi levar ele para fazer um tratamento, mas como eu já tinha ouvido falar, que tratamento dependia da vontade dele, falei vamos ver se ele quer, fiquei desesperada, mas no mesmo tempo não acreditei, achava que não era verdade aquilo, que ele não

estava envolvido, isso é bobeira é exagero, ai com o passar do tempo, que eu fui vendo que era sério e eu querendo segurar, mas não tinha como, não sabia o que fazer, não podia sair com ele à noite, ele saía para as festas, eu fui entrando em desespero, mas com o tempo, fui aceitando porque fui vendo que não tinha mais solução, até que chegou um tempo que ele ficou muito envolvido, e o levamos para internar, ele pediu ajuda. Internamos na Fazenda Esperança, onde ficou um ano, ficou maravilhoso esse ano, e agora ele esta sóbrio, tem dois meses, não podia ter saído, mas ninguém conseguiu fazer ficar mais, porque inventou desculpas, e manipulou a gente. A esposa dele estava grávida e ele queria curtir a barriga dela, quando foi antes de ontem mesmo, ele disse que não tinha caído a ficha que ia ser pai, e lá ele estava todo desesperado querendo sair.

Eu acho que ele não esta nem ai, pra falar a verdade, ou então ainda não caiu à ficha, não sei como que cai essa ficha, eles moram juntos, brigam muito, nem sei se vai durar, mas ele é carente, precisa de carinho, não é igual ela, ele é muito carinhoso, adora ela, quer fazer carinho, ela não aceita carinho físico, contato, palavra carinhosa, ele adora agradar, e às vezes, a droga foi uma fuga, por falta de carinho dentro de casa, não consigo e não aprendi a dar carinho, abraçar, beijar, minha criação foi outra, meu pai era muito severo, uma grande parte do que aconteceu foi por falta de carinho, não atenção por que atenção eu dava, o pai dava um pouco, ele era muito apegado em mim, quando não tinha o pai, eu ficava doente, ele ficava do meu lado na cama sentado e deitado, só pra ficar do meu lado, tinha pavor de ir à escola pra ficar perto de mim, ele achava que eu iria sumir daí eu era burra né? Não entedia, falava vai e acabou, quando ele entrou na escola no pré era uma luta, a gente tinha que ficar com ele lá do lado de fora da sala, por que ele tinha pavor de ficar sozinho, eu ficava lá de fora, esperando acabar a aula, passou um tempo que a escola não aceitava mais, eu tinha que fugir dele, ele chorava. Meu desespero levou a ficar noites sem dormir.

Eu não chorava, não conseguia chorar, eram varias noites em claro, tem mãe que se abre chora, mas eu não conseguia, achava que era melhor eu conseguir chorar, porque ia me tranquilizar, desabafar, mas não conseguia.

Já tive muita esperança, mas no momento não sou muito realista, tenho esperança que ele não volte a usar, mas pro outro lado, não acredito muito não, por que ele já voltou outras vezes. Já ficou um ano sem usar, ele teve audácia de voltar, agora eu tenho esperança, meu marido fica até bravo comigo, fala que tenho que ser positiva, falar que vai, melhorar e vai! Sinto isso, mas não consigo falar, não sei, é uma coisa mais forte do

que eu, não consigo admitir isso, sei que estou errada, mas não consigo pensar tão positivo, tenho esperança que ele melhore por causa do filho, mas muitas pessoas me falam que não faz diferença, outros falam que ele vai ficar limpo, a minha esperança é que ele fique limpo para sempre, porque ele sabe, se ele voltar, perde a mulher. Como já perdeu uma, pode perder outra, pode perder tudo novamente, antes dele internar, agora a ultima vez perdeu a casa e estava num ponto que vendia tudo.

A minha esperança que ele fique bom mesmo e não volte mais, não é nem bem uma esperança é um desejo. Sobre o descontrole financeiro hoje em dia, já passou um pouco, mas na época descontrolava, porque eu vivia dando dinheiro pra ele e eu ganhava pouco, agora que a gente melhorou tem um ano, mas antes meu marido estava desempregado há muito tempo, e eu ficava horrorizada porque ele sabia que a gente ganhava pouco e ficava gastando dinheiro com Drogas. Ele tem um salário porque é aposentado, um salário bom, porque sofreu um acidente de moto trabalhando, mas acho que isso foi a pior coisa que aconteceu na vida dele, ser aposentado, por que se acomodou, não precisa mais se preocupar em ganhar dinheiro, então vai se ferrar mesmo.

### **Sujeito I**

A depressão que eu sentia, era depois que acabava a droga, uma tristeza por ver que meu dinheiro acabou e por ter roubado, enfim, a depressão acontecia por falta da droga, pois a droga leva a euforia, você fica eufórico, feliz, de repente tudo aquilo acaba, ai você quer mais, você sabe que não tem a mínima chance de ter mais, porque pra você conseguir ter mais, você vai ter que fazer alguma coisa insânia, um assalto, roubar, lesar, manipular, enfim, alguma coisa pra conseguir, você sabe que não pode fazer nenhuma dessas coisas, daí vem à depressão. A droga em si causa a depressão, e eu já era depressivo por natureza, então juntava depressão ao quadrado, a droga e mais a depressão; eu tinha depressão, tristeza, primeiro por eu estar me sentindo um lixo, juntava N fator, faltava dinheiro para eu comprar mais drogas, às vezes eu entrava em depressão porque a droga estava ruim, as vezes a Pedra e a Cocaína não era da boa e eu precisava usar, tudo me causava depressão, angústia.

A minha mudança de personalidade era a seguinte, de dia eu era um, quando eu falo de dia, não significa a luz do dia, significa um período limpo, eu era um cara

quando usava e era outro quando estava limpo. Eu ficava meio transformado, minha personalidade mudava totalmente, e além do mais, eu considerava um período antes de usar, até umas 2 horas antes mudava minha personalidade, eu criava, um clima de uso essencial para se usar, adulava minha mulher antes, fazia um favor para ela, para ela não ficar tão brava, quando eu fosse usar, por causa do cheiro da fumaça, então eu tinha que ter uma moeda em troca, que era o agrado, e quando eu estava pos uso, eu ficava de mau humor, daí não precisava agradar ninguém, eu mostrava minha verdadeira cara, grosso, estúpido, mal humorado e depressivo, porque tinha usado na noite interior, geralmente quando eu usava por período longo, era muito forte a experiência no outro dia, eu estava um caco fisicamente e psicologicamente, não conseguia falar com ninguém, não tinha paciência de ouvir ninguém, não tinha paciência para falar, paciência para nada, só queria ser servido, era um inferno, se eu não tivesse entrado nas drogas, seria diferente, mais calmo, mas gentil.

A cocaína me mudou muito deixando seqüela, porque são mais de 10 anos usando, creio que sim, me deixou estúpido e grosseiro, ficaram algumas marcas no sentido de lembrança e culpa, estou me tratando, tentando me perdoar antes de tudo, me perdoar! Mudou um pouco a minha personalidade sim, era para ser mais calmo, agravou alguns defeitos de caráter, estou freqüentando grupo de alta ajuda. Nossa senhora! Como eu era muito carente, eu arrumava muitas namoradas e sempre me apaixonava, não sei se eu me apaixonava ou se eu queria estar com alguém, eu queria uma mãe, alguém, eu não queria só relação sexual, queria afeto. Era uma dependência que criava com uma pessoa para poder me abrir com ela, de falar com elas, só que isso estragava tudo, arrumei varias pessoas que me aturavam até certo tempo, depois me descartavam, era aonde vinha um pouco da depressão, raiva, frustração e sentimento de medo, porque tudo gerava uma grande confusão em mim, eu não conseguia me livrar das drogas ao mesmo tempo, eu queria estar com aquelas pessoas, mas aquelas pessoas não aceitavam a droga. Na verdade eu tinha duas namoradas uma era o grande amor da minha vida a cocaína e a pedra, depois eram as pessoas que eu julgava ser os amores da minha vida, só que uma não aceitava a outra, nem uma das duas aceitavam a concorrência e eu amava demais as drogas, amo ainda a droga, perdi vários relacionamentos, depois que perdi esses relacionamentos, eu ficava um período limpo com raiva da droga, porque perdi aquela pessoa, mas era uma questão de tempo para voltar e reconciliar com a droga, procurava auxilio e fuga pra aliviar minha dor pela perda da pessoa, na droga. Então caminhava para o arrependimento de perder as pessoas e ficava com raiva delas,

descontava cada vez mais nas drogas, querendo me matar, com isso, fazer as pessoas que me largou se sentirem culpadas, por eu ter enfeado a cara nas drogas, ou seja, sempre buscando procurar uma maneira de me justificar.

Nossa eu tinha uma namorada que chamava Ana Paula, eu amava aquela mulher, contei para ela que era dependente, e ela falou que isso ia passar só que falei que o meu problema era sério; essa foi uma das namoradas que me deixou por ser usuário, quando ela terminou o namoro eu me humilhei muito só que não adiantou, então eu usava mais para poder machucar ela, e estava me machucando. Essa foi à questão da destruição amorosa, agora a destruição familiar meus irmãos e minhas cunhadas me discriminavam; eu e meus irmãos éramos muito amigos, então eu achava que minhas cunhadas tinham medo de influenciar eles.

Lá em casa somos quatro irmãos, um deles chama Denis, que era o meu melhor amigo, era meu ídolo eu o amava é o segundo, o mais velho, ele também usava drogas, o mais velho bebe socialmente, o terceiro não faz nada, eu que iniciei o Denis. O primeiro tiro fui eu que dei para ele, meu irmão mais velho não admitia de jeito nenhum, queria me bater achava que era na pancada que consertava que era falta de vergonha na cara. Com meus pais o relacionamento foi ficando assim; eu era muito amigo deles antes de conhecer a droga, eu era meigo. Fui mudando minha personalidade porque comecei a ficar revoltado, agressivo, quando falo de revolta e agressividade é só quando eu estava sóbrio porque quando eu usava droga nunca bati em ninguém, nunca levantei a voz, ficava mansinho, e eu ficava agressivo depois que usava. Olha a revolta nem sei como falar, porque nem sei o motivo da revolta, acho que era por causa de alguma coisa que me contrariava, qualquer opinião que se manifesta se ao contrário da minha vontade eu ficava revoltado, falta de aceitação, se meu pai falava alguma coisa que não encaixava eu xingava ele de tudo. Revolta pra mim é fazer tudo para irritar as pessoas, provocar, descontar. Por exemplo, meu pai xingava me na sexta feira quando eu chegava tarde, no outro dia eu chegava mais tarde e pior do que cheguei no dia anterior só para provocar, eu achava que eu me agredindo e me fudendo eu estava agredindo ele, é isso que eu entendo por revolta, provocação e revidar.

A droga destruiu meu relacionamento familiar, principalmente com meus irmãos, destruiu mesmo a confiança, até certo ponto eles tinham confiança, tipo assim deixando uma carteira perto de mim, porque eles sabiam que eu não iria roubar, só que nos últimos tempos eu roubei, eu era tão cara de pau, tão manipulador e convincente que às vezes até eu ficava em dúvida se eu tinha pegado mesmo, eu merecia até o Oscar,

enfim acabou a confiança, destruiu a confiança, destruiu afinidade, com meu irmão Fabiano, o relacionamento foi para estaca zero porque sou padrinho do filho dele, e ele não aceita drogas e varias vezes ele passou necessidade financeira, me pediu ajuda e eu não ajudava, me pedia 100 reais para material escolar do meu afilhado e eu não emprestava porque 100 reais era 10 pedras, e ele não entendia que eu precisava, era minha paixão não podia dar, e eu nunca emprestava, sempre mentindo, foi acabando afinidade até o fim, foi então que gerou a revolta da parte dele comigo, gerou raiva e mágoa. Eu até vendi um carro numa balada para usar drogas numa seqüência de três dias, ele soube e se afastou totalmente. Ontem eu mandei um e-mail para ele, só que ele não respondeu, esse é o meu irmão careta. O irmão mais velho que é o Emilio parece que me perdoou, mas ainda não falou comigo. Hoje em dia é muito difícil minha mãe e minha mulher deixar dinheiro perto de mim, isso é horrível me sinto mal porque me sinto um monstro, mais elas não estão erradas de certa maneira, sei que sou impotente, não posso ver dinheiro é perigoso não convêm para mim no momento, mais é difícil aceitar porque eu recebo meu dinheiro e minha mulher tem que ficar tomando conta, estou com 75 dias limpo, e estou muito feliz. Eu já fiquei dois anos. A minha vontade de mudança é motivado pela necessidade, pela vontade e pela dor que sofri, paguei muito caro por causa da droga e estou pagando até hoje, até financeiramente.

Tenho vontade de mudar, primeiramente por mim, segundo porque nasci para ser feliz, não nasci para ser um adicto, não nasci para ser assim, para pagar esse preço que eu pago não, humilhação, dor, todo tipo de dor psicológica e física, a minha vontade de mudança é isso, e agora vou ser pai do meu primeiro filho, nasce sexta-feira e estou me motivando por ele também, mais o ponto principal sou eu mesmo, parar de sofrer por mim mesmo, não é por ninguém, por mim mesmo. Hoje em dia olho no espelho e vejo que sou um cara bonito, que estava desperdiçado, desfigurado, sou bacana e penso porque vou ficar usando isso? Quero parar não por amor a minha mulher, ao meu filho, nem por meus pais, nem por meu cachorro, é por mim mesmo, sofri muito, estou pagando traficante até hoje.

### **Pai do sujeito I**

Quando eu descobri que meu filho estava usando drogas, fiquei desesperado, mas não descabelado, fiquei muito preocupado, mas por outro lado sempre achava que aquilo seria passageiro, sempre tinha dentro do meu coração, que era uma situação

preocupante, mas sempre senti dentro de mim que iria ser passageiro, porque eu me espelhava na minha família, porque nós nunca fomos de beber, fumar, então não sou desse meio, não que eu seja superior ou inferior, mas dentro da minha família não tem nada disso, não tem nenhum viciado graças a Deus, temos outros defeitos. Nunca fiquei desesperado, fiquei muito preocupado e estou muito preocupado, mas nunca fiquei desesperado porque eu creio em Deus, fico preocupado porque numa dessas, ele pode morrer por acidente de overdose ou outros acidentes. Sempre controlei o desespero, eu acho que já dei murro na mesa, mas nunca me descabelei. Quando a gente morava na roça, escutava muitos berros de meninas e sempre eu achava que era meu filho, já levantei varias vezes de madrugada, enfrentava aquela escuridão no meio do mato, dava desespero e medo, mas nunca tinha a ver com o meu filho. Eu já chorei varias vezes pelo meu filho, mas sempre chorei no meu canto, pois freqüentava um grupo, que tinha como tema a droga, sempre me emocionava, esse tema me emociona muito, porque caio na realidade com meu filho, e com o outro que também estava envolvido nisso, mas desesperar não, eu acho que fui premiado por Deus, pois Deus, sempre colocou paz no meu coração, desesperado estou até hoje, vendo o meu filho jogando a saúde fora, acho uma loucura, a gente tem uma vida só, uma saúde só e jogar fora tudo fora, acho muito assustador, não entra na minha cabeça. Senti-me frustrado, não entendo porque nunca fumei, sempre fui voltado na pratica de esporte, sempre fui um atleta, não sei o que é beber, não sei o que é fumar.

Não entra na minha cabeça, os meus filhos envolverem com isso, não só meus filhos como todos os jovens. Eu caí numa realidade, que se tivesse uma vida religiosa desde o começo, eu talvez tivesse sido outro pai, essa é a minha grande frustração, é a frustração de ter tido mil preocupações de trabalho e hora extra, e como eu era muito voltado ao esporte todo tempo que eu tinha estava sempre praticando esporte, eu reconheço hoje, teria feito tudo diferente, se eu tivesse uma vida religiosa eu teria outra formação. Hoje reconheço, se eu e minha esposa tivéssemos uma formação diferente os nossos filhos teriam sido diferente, porque nunca tive tempo para meus filhos, não fui um monstro para meus eles, tive tempo, mas devia ter tido, mais tempo. Penso que pesa muito para uma criança e um adolescente um lar feliz, um lar onde existe paz. O lar que não existe paz, as crianças encontram paz lá fora, nos botecos, na minha casa não tinha paz, ela passou tentar ter paz quando eu e minha esposa começamos a freqüentar a igreja, mas nossos filhos já eram bem moços. Não ter paz, é onde a mãe fala uma linguagem e o pai fala outro e por causa dessa diferença, geram se atritos, não tem

perdão, diálogo e com isso os filhos vivem em um tiroteio entre o pai e mãe essa é a grande realidade, mas porque os meus outros dois não se viciaram? Eu não sei! Mas minha frustração foi que eu e minha esposa, não termos construído um lar onde houvesse diálogo, perdão e paz, e isso pesou muito.

Sinto muita culpa nesse sentido, sempre falo para minha esposa, sei que não tem família perfeita, sei que onde existem duas pessoas sempre tem visão diferente, um gosta do vermelho o outro gosta do azul, mas uma coisa é você gostar e a outra coisa é quebrar o pau por causa disso, e ficar um lar infernal, porque acho que o nosso lar foi um bom tempo não digo inferno porque a palavra é muito forte, mas foi um lar onde não existia paz, carinho, essa palavra carinho os meus filhos não tiveram. Eu vim de uma família de diálogo nos somos Italiano, o italiano é de muita conversa, às vezes explosivo, já minha esposa é o inverso ela é de pouca conversa, não estou falando que isso é negativo, estou dizendo como foi nossa criação, eu vi a imagem dos meus pais e dos pais da minha esposa, eu tive um lar onde os meus pais eram tagarelas, e por outro lado eu via o meu sogro e minha sogra onde ninguém conversava, eram ótimas pessoas, mas calados e fechados, nossos filhos foram criados assim.

Penso se tivesse como voltar ser jovem, teria feito tudo diferente, pra começar ia fazer minha esposa ser diferente não sei se ia conseguir, não consegui até hoje, mas em fim, acho o que pesou muito para os nossos filhos se drogar foi isso, um lar onde a mãe e o pai fosse diferente. O descontrole familiar na nossa casa sempre existiu porque nos falávamos língua diferente, infelizmente nossos filhos assistiam o nosso descontrole, não vou falar que batia na minha esposa, mas algumas vezes cheguei a dar empurrão nela, um chega pra lá porque ela também exagerava nas palavras que me machucava, eu também exagerava nas palavras que a machucava, a partir do momento que descobrimos que meu filho estava usando droga, piorou o nosso descontrole familiar, porque foi um problema que não existia e passou a existir, às vezes os problemas eram por falta de dinheiro, éramos agricultores e o trabalho às vezes não dava resposta financeira e nem produtividade. Acrescentou mais esse problema porque ficamos sabendo que eram dois filhos que se drogavam, então isso pesou muito em nossas vidas. Os meus outros dois filhos tentaram ajudar, mas como eles têm um pouquinho desse jeito de ser caladão, acabou que quase não ajudou muito, ajudaram dentro do possível, acho que esse problema de droga na família sempre pesa, se eu fosse um pinguço, um relaxado esse seria o meu meio, mas como eu não era isso pesou muito para mim.



Mas nunca fiquei desesperado não, fico muito preocupado porque acho uma judiação um filho ou um jovem jogar a vida fora, a chance fora, tenho muita preocupação do meu filho passar do ponto e morrer, essa é a minha maior preocupação, tipo acidente. Tenho esperança, sou um eterno otimista da vida, adoro a natureza, acredito na misericórdia de Deus e sei que isso vai passar. O pior é que tentamos mudar, e nós não conseguimos, porque esta em nosso intimo, da minha esposa e no meu desse jeito, esta no meu intimo falar demais, julgar e controlar.

Vou falar muito claramente, às vezes penso que nosso filho não vai se curar enquanto, nós pais não nos curarmos, porque Deus às vezes usa nossos filhos para curar a família e as famílias não se curam, e eu sinto muito. Já comentei isso com minha esposa e penso que nós somos péssimos testemunhos para os netos e para os filhos, e é por isso que eu e minha esposa estamos sós. Sou radical não tem meio termo, em fim essa é minha visão, tenho muita preocupação com meu filho, acho que ele é um jovem espetacular, com o potencial enorme, mas às vezes penso assim, será que não é Deus que está fazendo que ele um dia, possa se torna um homem adulto com terríveis erros com tantos tombos da vida para depois ele refazer uma multidão inteira.

### **Mãe do sujeito II**

Eu fiquei muito triste quando descobri que meu filho estava usando drogas, parecia que tinha tirado o chão da minha frente, porque não era aquilo que queria pra ele, não era o que esperava, fiquei muito decepcionada, acreditava que ele nunca usaria droga, quando fiquei sabendo fiquei triste , magoada, criei um filho para ser um ser humano do bem e a droga levou ele para o mal.

Quando ele mudou de personalidade fiquei muito triste, preocupada, pensar que meu filho mudou o caminho sem mais sem menos, fiquei muito triste, muito magoada. Isso levou a gente para um descontrole financeiro, desestruturou muito nossa família, ficamos muito abalados emocionalmente, a parti disso fiquei desconfiada dele, isso acabou com a gente mesmo, ficamos sem esperança, isso é ruim porque tem horas que acreditamos e ao mesmo tempo desacreditamos. Eu não dava conta de trabalhar, ia mesmo porque tinha que ir, adoro o meu trabalho, mas depois que isso aconteceu meu pensamento só fica voltado para meu filho, não me senti bem e nem à vontade trabalhando, a pesar de achar que meu trabalho era uma terapia para mim nesse

momento, isso que aconteceu e esta acontecendo me afetou muito no meu campo profissional e emocional.

Mudei a maneira de tratar meus netos, fiquei mais nervosa, agressiva e o relacionamento com meu marido ficaram balançados, mas graças a Deus ele não cobrou nada de mim, pensei que ele iria cobrar me culpar, mas isso não aconteceu graças a Deus. Às vezes me sinto culpada, penso que não cuidei muito bem dele, não puxei na educação, mas depois vejo que não, porque isso não aconteceu na adolescência dele, foi na juventude e nesse período nós já temos responsabilidade sobre si, não são iguais criança e adolescente que a mãe tem responsabilidade, mas agora o jovem não, o jovem já tem compromisso de assumir os erros dele, às vezes sinto que não sou culpada, mas às vezes acho que sou, tento superar isso, mas só Deus que pode fazer a gente superar isso.

O que influenciou ele foi às amizades, que eu pedia para ele não andar com certas pessoas e ele continuava ai levou ele a isso, não culpo as amizades porque se ele fez isso, é porque ele realmente é um fraco, acho que a não fazemos o que as pessoas mandam, a gente faz o que realmente quer, é falta de personalidade dele, não minha, porque os problemas que já passei e que estou passando nunca tomei remédio para dormir, nunca bebi e isso seria motivo para fazer isso, sou forte nesse ponto, superar sem bebida, sem remédio, só Deus mesmo essa é a única força que tenho e em Maria também.

Não me sinto frustrada, fico frustrada quando o vejo triste, porque a droga é o seguinte, quando a pessoa esta usando tem uma personalidade, quando não está ele tem outra personalidade, ele é uma pessoa muito fechada, toda vida foi fechado e tímido. Já ouvi muito sobre isso, as pessoas que mais se drogam são pessoas tímidas, então elas usam para se soltar, arrumam uma maneira de se soltar.

Toda vida fui presente na vida dele, criei ele sozinho até os 4 anos, depois me casei, ele fez a primeira comunhão, crisma, pensei que jamais isso ira acontecer na minha família. Inclusive na minha paróquia trabalho com jovens, já levei vários para se internar e dentro da minha casa não consegui livrar a droga, então quando a gente começa a pensar nisso, fico assustada mais ai eu penso, não tenho culpa, mãe nenhuma tem culpa, ele nunca jogou na minha cara que sou culpada, sinto que ele não me acha culpada também.

Depois que ele começou usar Cocaína sua relação mudou dentro de casa, começou a ficar mais agressivo, gritava, ele começou tudo muito novo, teve o primeiro

filho com 17 anos, ele não viveu, começou a usar Cocaína, assim que o filho nasceu, então acho que ele não soube superar essa responsabilidade, foi tudo muito rápido ele esta com 24 anos e já tem dois filhos.

Tenho esperança e acredito que ele vai sair dessa, a ultima crise dele, ele foi parar numa delegacia, foi uma imagem muito ruim e acho que ele percebeu que aquilo não era pra ele. A esposa dele eu não sei se ajuda, se coloca ele no buraco, e sogra calada já é errada, então tenho esperança que ele arrume um bom emprego, que acorde para vida, para estudar, não estudou porque não quis, quisemos pagar uma faculdade para ele, mas ele não quis então, eu queria que ele acordasse para a vida, que a partir de amanhã eu vou ser outra pessoa, vou estudar, vou fazer alguma coisa de bom para mim porque se ele fizer para ele, vai fazer também para as pessoas que estão ao seu redor, primeiro ele, depois a gente. Falei para ele, sua esposa esta fazendo bem para você? E ele respondeu que sim, então também esta fazendo o bem para mim também, o que eu quero para ele é tudo de bom. Eu queria que ele fosse uma pessoa que gostasse mais dele, que acredite nele, isso eu percebo que às vezes ele esta meio para baixo.

## **Pai do sujeito II**

Quando eu fiquei sabendo que ele estava usando drogas, fiquei muito decepcionado, abalado, não dava conta nem de comer direito, muito apavorado, preocupado, me senti frustrado, acho que todos os pais sentem, me sentia preocupado ligava pra ele toda hora, preocupado com os filhos dele e ele não estava nem ai, só fazendo coisa errada. Quando me casei com a mãe dele ele tinha 4 anos, fui eu que o criei.

Senti-me culpado sim, falei para ele participar da nossa religião, agora estou vendo que estou errado, agora vou tentar fazer as coisas certas, só que ele está grande, tem 24 anos, agora não tem jeito mais. Sentia-me culpado por não ter levado ele a igreja, se ele quisesse ir, ele ia se não quisesse ficava não colocamos regras. Sempre eu estava presente, educando, conversando, dando do bom e do melhor, porque eu acho que o pai dele não faria isso que eu estou fazendo. Simplesmente ele não entrou na minha, porque não quis, parei de beber e fumar por causa dele, para não dar mal exemplo, tem 13 anos que parei, não precisei tomar remédio nada, só foi opinião, vergonha na cara e fé em Deus. Meu desespero era um choro sem lagrimas, fiquei sentido de mais.

O descontrole familiar esta ate hoje, mas tenho fé em Deus, acho que isso vai melhorar, tem mais de mês que ele não mexe com isso, ele prometeu, então vamos dar mais um voto de confiança, falo para ele procurar Deus. Minha relação não mudou com ele, e nem com a minha esposa, porque sou muito carinhoso com eles. Paguei varias dividas dele altíssima, porque ele esta precisando de ajuda, de apoio moral, se eu não pagasse essa divida ele podia ser preso, quando o rapaz ligou lá em casa minha esposa nem conseguiu falar, e pediu para ele me ligar, porque ele era um estelionatário. Agora só quero que ele vire um homem de verdade, isso todos os pais querem. Eu tenho muita esperança, muita fé que ele vai mudar para melhor. Eu falei esses dias para ele, que não precisa gostar de mim, gostando dos seus filhos e da sua mãe, e largando disso já é muito importante e ele fica caladinho só ouvindo, não desejo mal para ele, só quero ajudar, ele acabou até perdendo o emprego, confio nele, acho que ele vai parar, vai não, já parou.

## **Sujeito II**

Sinto-me revoltado porque eu não preciso daquilo, não precisava gastar o tanto que gastei, ou fazer o que eu fazia. Porque tem varias coisa que você faz quando está alucinado, tipo andar a noite toda e brigas com as pessoas. Eu usava mais quando ficava nervoso, ou revoltado com alguma coisa ai usava tipo uma covardia. Eu saia encontrava os amigos, sempre tinha dinheiro, eu ia para a casa de alguém, sou casado mais eu saia muito sem ela, na maioria das vezes que eu brigava com ela, me drogava, sei que isso não é motivo, era uma desculpa para usar. Usava muito com meu tio.

Acho que não deve colocar a culpa em ninguém, eu usava mais por causa dos locais que freqüentava. Quando eu brigava com as pessoas, ficava nervoso ai eu usava tipo assim, fugir das minhas responsabilidades, acho que eu usava para ficar mais calmo, a cocaína me deixava diferente, a primeira vez que experimentei foi em 2001. Eu gastava muito dinheiro com a droga, quem usa a cocaína é o seguinte, só de você ouvir falar nela sua personalidade já muda, seu estomago embrulha, da dor de barriga e larga tudo que você esta fazendo no momento pra usar. Nunca fumei maconha e nem cigarro. Quando eu cheirava só queria saber de ficar quieto, depois que eu usava me dava uma depressão muito forte, ela me arrebatava, só queria ficar quieto, me esconder, me enterrar vivo, o tanto que era forte, acho que a pior coisa que acontecia era a depressão, acho que as pessoas fazem besteira é por causa da depressão.

Quando eu cheirava, usava mais de 24 horas seguida, só parava porque sentia meu corpo cansado, a droga nem faz efeito, mas aí que entra a depressão, eu chorava muito, você tem vontade de morrer, você lamenta de tudo, quer fazer besteira, vem o arrependimento de ter usado. Quando eu usava tinha mania de perseguição, parecia que todo mundo sabia que tinha usado. Minha personalidade mudou, pois fiquei mais conversador, coisa que eu não era, todo mundo passa a desconfiar de você, nunca precisei roubar, minha personalidade mudou porque antes de conhecer a cocaína eu era mais amoroso, brincalhão, inteligente, responsável, acho que perdi muito meus sentimentos de emoção, fiquei mais voado, até o amor pelas pessoas e pelas coisas, você perde até a vontade de viver, acaba sendo uma pessoa ruim, fiquei mais agressivo, você fica de um jeito estranho que nem sabe o que está fazendo ou falando.

Meu comportamento mudou com minha família, eu era muito quieto só conversava o necessário mesmo, e agora eu fiquei pior, nem o necessário conversei mais com eles. Meus relacionamentos quase foram destruídos, principalmente com minha esposa, meu ciúme aumentou em relação a ela, meu nervosismo aumentou, comecei a desconfiar mais das pessoas, deixei de dar atenção a minha família. Com meus pais quase não tive convívio, sempre estávamos desencontrando, foi destruindo o meu relacionamento com meus pais, porque não tinha tempo para eles, até mesmo com meus filhos, eu não dava atenção a eles.

Minha vontade de mudança é muito grande, tenho vontade de parar de usar cocaína, preciso evitar o lugar e as pessoas que usam. Minha família ficou sabendo por que pedi ajuda, teve um momento que cheguei em casa tão alucinado, que comecei a quebrar tudo, foi nesse momento que falei que estava com problemas. Na verdade eles sabiam, mas eu nunca tinha contado, foi então depois dessa crise, que eu contei.

### **Terceira etapa:**

#### **Sujeito I (filho)**

##### **Revolta**

Querer que todo mundo me aceite do jeito que eu sou, do jeito que eu quero ser, quero fazer minhas coisas não importa se é certo ou errado. A revolta gera mais revolta me faz sentir vontade de usar mais, de me machucar para atingir as pessoas.

A revolta me levou a fazer tudo que eu tenho vontade sem pensar nas pessoas e nas conseqüências. Mudou meu comportamento querendo machucar as pessoas. Esse sentimento de revolta me levou a usar mais drogas, mudou meu humor para o lado negativo.

### **Depressão**

Levou-me a isolar e me sentir culpado e angustiado. A depressão é tão terrível que não me leva a ação nenhuma, só me faz sentir um grande vazio.

### **Mudança de personalidade**

Falta de confiança de todo mundo. Fiquei com confusão mental e me fez me revoltar, perdi meus amigos, afastamento familiar. As pessoas que se afastaram de mim me faz sentir dor, me machuca. Eu ignoro as pessoas e sinto raiva delas. Fez-me fugir do amor dos meus pais. Fez-me perder todas as minhas relações. Fez perder auto-estima, chances, bens materiais, isso me levou a designação e a vegetar.

### **Destruição de relacionamento**

Fez-me sentir culpado, desejo de mudança, não andou nada na minha vida depois dessa destruição só me trouxe angustia, saudade e vontade de fugir dos pensamentos.

### **Vontade de mudança**

Não tentei nada, tenho medo de tentar e não conseguir, isso me levou ao comodismo. Precisa de uma tragédia para eu conseguir mudar, preciso de um prazer ou uma dor maior que a droga. Só sinto alegria usando.

### **Pai I**

### **Frustração**

A frustração mudou meus planos e meus projetos, principalmente na questão profissional, pois precisava do meu filho e ele não tinha condição física e nem psicológica, eu precisava de alguém inteiro e ele estava despedaçado. Minhas visões na questão familiar e minhas metas.

**Descontrole familiar**

Quando comecei a ver esse problema enorme, eu trilhei o caminho de deus essa é a realidade, pois ele me deu calma e serenidade, se eu não tivesse ido por esse caminho eu teria feito coisas terríveis, teria procurado outra mulher, se eu não tivesse procurado a religião quando eu tive esse descontrole familiar eu teria abandonado minha família, me agarrei muito em deus. Eu buscava meu refugio dentro da religião.

**Desespero**

Deus também me ajudou na hora do desespero, acho que deus olha pela minha família, sinto isso no meu coração. Esses desesperos me deixaram muito calado dentro do meu ambiente familiar, porque eu sempre fui muito conversador, isso me levou a me calar, + nunca perdi as esperanças.

**Culpa**

Sempre me senti culpado e com esse sentimento me levou a ajudar e alertar os casais e os jovens. Se tiver um lado positivo nesse acontecimento, esse é o lado. É como eu estivesse descoberto isso para os casais não caírem nessa cilada, eu acho que essa cilada o casal cria para se mesmo, se não trilhar o caminho de deus eles vão cair nessa cilada, se os pais ensinar para os filhos desde pequeno o caminho de deus esses filhos não terá problema. Eu não deixo de falar sobre isso em uma comunidade, no meu trabalho.

**Esperança**

Eu sou otimista. Eu não faço nada acho que tem que dar tempo a tempo. Olha a minha esperança é que minha família começa a trilhar o caminho de Deus. Porque a própria vida me mostrou que quem se modifica eles se tornam pessoas diferentes. A esperança me levou a modificar a me sentir mais equilibrado a ter mais paz.

**Mãe I****Frustração**

Na verdade não mudou nada. Na verdade eu perdi um pouco de interesse de trabalhar, de viver, toda a minha disposição, desanimo. A frustração me levou a perder a fé.

**Descontrole familiar**

Fiquei muito nervosa, irritada. Esse descontrole me levou a afastar da minha família.

**Desespero**

Levou-me a angústia, ansiosa, sem interesse por nada.

**Culpa**

Levou-me não mudou nada, na verdade eu procurei a dar, mas atenção, mas carinho.

**Esperança**

Desanimo. Procurei a não brigar mais com ele, ter mais paciência.

**Sujeito II****Revolta**

Levou-me a desconfiar bastante das pessoas e a economizar mais dinheiro.

**Depressão**

Depois que tive essas depressões fiquei mais calado, me afastei das pessoas. Isolei-me. Fiquei mais irritado, comecei a usar mais droga. Falta de paciência. Mas sensível.

**Mudança de personalidade**

Levou-me a fazer as coisas certas, me levou a tentar ser correto. E me levou a ficar mais calmo.

**Destruição de relacionamento**

Minha família afastou de mim, me levou a ser extrovertido.

**Vontade de mudança**

Levou-me a ter mais atitude, a respeitar as pessoas.



**Pai II****Frustração**

Mudou para melhor, depois desse sentimento fiquei mais tranquilo, me levou mais para religião.

**Descontrole familiar**

Fiquei mais apegado a minha família, mais atendo com as atitudes do meu filho.

**Desespero**

Levou-me ajudar o próximo.

**Culpa**

Fiquei mais presente.

**Esperança**

Comecei a trabalhar mais e ser mais dedicado. União familiar.

**Mãe II****Frustração**

O que me ajudou muito depois que eu senti esse sentimento foram os grupos de apoio que eu estou freqüentando, me ensinou a dizer não para meu filho. Levou-me a despertar para a realidade. Levou-me a ter limite com meu filho. Levou-me a ler mais sobre o assunto.

**Descontrole familiar**

Levou-me a procurar mais a deus.

**Desespero**

Fez-me afastar dos jovens que eu ajudava, pois sou catequista. Pois fiquei com vergonha.

**Culpa**

Comecei a dar + amor. A me importar + com ele, me levou a rever a vida.