

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

 **Atena**
Editora
Ano 2019

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © da Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
---	--

P974	Psicologia da saúde: teoria e intervenção [recurso eletrônico] / Organizadora Inea Giovana Silva Arioli. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
------	--

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-170-1
DOI 10.22533/at.ed.701191203

1. Psicologia clínica da saúde. I. Arioli, Inea Giovana Silva.

CDD 616.89

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O presente livro se propõe a debater temas instigantes no campo da Psicologia da Saúde, uma área relativamente recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 1970. Segundo Almeida e Malagris (2011¹) a Psicologia da Saúde configura-se na aplicação dos conhecimentos e das técnicas da Psicologia ao campo da saúde, com vistas a promoção e manutenção da saúde e a prevenção de doenças. No Brasil, com a ampliação do campo a partir das políticas públicas de saúde, aumentou o interesse dos profissionais e teóricos sobre essa área específica, trazendo consigo a necessidade de compreender o processo saúde/doença em uma dimensão psicossocial.

Existem divergências quanto à compreensão e conceituação da Psicologia da Saúde, que por sua vez traz consequências também para suas práticas, mas a importância de sua contribuição para o campo da Saúde é indubitável. Alves et al (2017²), afirmam que a compreensão dessa área deve ser de uma disciplina autônoma, mas essencialmente interdisciplinar, visto que se desenvolve sobre uma base multi e interdisciplinar, pois envolve saberes e práticas oriundas de outras disciplinas, como: a psicologia social e comunitária, a psicologia clínica, a saúde pública, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia, a medicina, entre outras.

Várias temáticas importantes para o panorama atual no contexto da Psicologia da Saúde, tanto no Brasil como em Portugal, são abordadas neste livro, como: a dependência de álcool e outras drogas, a humanização da saúde, o autocuidado dos profissionais, o cuidado com o cuidador, estresse, qualidade de vida, saúde do idoso, saúde e gênero, entre outros. Os aspectos emocionais da Esclerose Múltipla, a Síndrome de Burnout e o Transtorno do Espectro Autista também são alvo de debate nessa obra, juntamente com temas importantes da Psicologia Clínica. Enfim, as próximas páginas propiciam a aproximação de vários debates atuais, que a seguir são apresentados em um pequeno guia para leitura.

O capítulo 01 debate um “Grupo de Acolhimento de Familiares em um Ambulatório de Dependência de Álcool e Outras Drogas: relato de experiência”. Destaca a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório e o deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre o próprio familiar no cotidiano do grupo.

“O estigma associado ao uso de drogas: etnografia a partir do trabalho de proximidade” (capítulo 02) relata uma experiência portuguesa de redução de danos, cujos resultados indicam transformações substanciais no que tange a adoção de práticas orientadas para a saúde. O estudo também explicita que as pessoas que usam drogas tendem a viver experiências de estigma em múltiplas esferas da sua existência e que a relação com as principais figuras de vinculação é marcada pelo

1 ALMEIDA, R.A.; MALAGRIS, L.E.N. A prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH* vol.14 n.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. 2011.

2 ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. Atualidades sobre a Psicologia da Saúde e a Realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. 2017.

sentimento de culpa.

Já o foco do capítulo 03 recai sobre “A humanização como fator de qualidade no internamento hospitalar”, na construção e validação do Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS), implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português. Os resultados obtidos nesse estudo indicam uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares e a qualidade dos internamentos e atesta que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

A saúde dos idosos é foco do debate no capítulo 04, que discute a “Dor crónica, ansiedade e depressão em doentes idosos”. O estudo, realizado na Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal) teve como um dos objetivos analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade e concluiu a existência de associação tanto entre dor e ansiedade como entre dor e depressão, explicitando que, tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver.

No capítulo 05, “A triagem psicológica: a qualidade da escuta e adesão ao tratamento”, o objetivo é discutir as expectativas relativas ao atendimento psicológico de inscitos em um serviço-escola de uma universidade, e de que maneira a compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao tratamento. A análise dos desdobramentos do processo de escuta e compreensão das expectativas dos sujeitos buscam revelar uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento.

Em “Adaptação e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social” (capítulo 06) as autoras colocam em tela um tema de crescente importância: o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout. Teóricos argumentam que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do estresse, indicando que a prática do autocuidado também configura-se em fator de proteção relacionado com Burnout.

“Imagem corporal positiva em estudantes do Ensino Superior”, capítulo 07 deste livro, configura-se em um estudo quantitativo de caráter exploratório que tem como objetivo analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários de várias instituições do Ensino Superior em Portugal.

Já o capítulo 08: “Aproximações entre Psicologia da Saúde e homossexualidade” se propõe discutir contribuições para a Psicologia da Saúde a partir da aproximação com a diversidade sexual, com foco na homossexualidade. A pesquisa debate quatro eixos temáticos que explicitam a maneira pela qual a Psicologia da Saúde pode apropriar-se de categorias como gênero, orientação sexual, diversidade sexual, para gerar aquilo que se propõe: saúde.

No capítulo 09 realiza-se uma revisão de literatura (2003 a 2017), com vistas

a compreender as “Alterações emocionais do cuidador frente ao câncer infantil”. O texto evidencia o sofrimento do cuidador, no que tange as incertezas, experiências dolorosas, alterações na dinâmica familiar e social e medo da perda. Aponta para a importância dos profissionais de saúde neste contexto e para a necessidade de assistência psicológica e interdisciplinar com vistas a integralidade da atenção à saúde.

“Síndrome de Burnout em estudantes da faculdade de medicina da Universidade Internacional Três Fronteiras” é o capítulo 10 deste livro, que debate um problema de grande repercussão social em nossos dias e que afeta a população acadêmica. O referido estudo conclui que a maioria dos entrevistados apresentou esgotamento físico e mental.

O capítulo 11 versa sobre “Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior de Goiânia” e relata um estudo que teve como objetivo identificar o nível de estresse ocupacional, os estressores e as estratégias de enfrentamento psicológico e correlacionar estresse e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior. O estresse também é foco no capítulo 12, que segue “Explorando o impacto do estresse no consumo de álcool: uma revisão de literatura”. O estudo aponta que, a permissividade e incentivo de consumo de álcool na sociedade contemporânea, aliado ao aumento significativo do nível de estresse no cotidiano das pessoas podem configurar os contornos em um importante problema de saúde mental.

O capítulo 13 traz o relato de um delineamento experimental sobre o “Ensino com feedback instrucional em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): efeitos sobre categorizar” e demonstra que, no ensino de repertórios de tatos e respostas de ouvinte simples, o feedback instrucional parece ter influência sobre o desenvolvimento de alguns repertórios de categorizar que não foram diretamente ensinados.

O tema do capítulo 14 é recorrente neste livro: “Síndrome de Burnout: doença ocupacional presente desde a formação até a atuação do médico especialista” pela atualidade e importância da discussão. O texto aponta para a vulnerabilidade do profissional médico no desenvolvimento desta síndrome, uma vez está submetido ao estresse emocional contínuo na atenção à saúde das pessoas.

O capítulo 15: “Qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão da literatura” aponta para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, na medida em que a avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas. A qualidade de vida é foco também do capítulo 16, que propõe a “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla” e evidencia que as pessoas com maior tempo de diagnóstico tem uma percepção melhor da realidade da doença e adquirem maior manejo frente às diversas situações que envolvem a questão qualidade de vida.

Em “Envelhecimento positivo e longevidade avançada: contributos para a intervenção” (capítulo 17) são explicitadas as diretrizes gerais de um estudo de

centenários realizado na região metropolitana do Porto (Portugal), que destaca a importância de conhecer as percepções individuais dos centenários e a compreensão e mobilização de recursos psicológicos associados à adaptação para a saúde e bem-estar.

O capítulo 18, que encerra as discussões deste livro, busca fazer uma “Avaliação da espiritualidade em pessoas com esclerose múltipla” e validar uma escala de espiritualidade. Evidencia que as incertezas em relação ao prognóstico da doença levam a pessoa a desenvolver uma preocupação com o futuro, visto que muitos planos deverão ser modificados, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da doença.

Boa leitura!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE	
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Isabel Bernardes Ferreira	
Helton Alves de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912031	
CAPÍTULO 2	15
O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ETNOGRAFIA A PARTIR DO TRABALHO DE	
PROXIMIDADE	
Ximene Rego	
Catarina Lameira	
DOI 10.22533/at.ed.7011912032	
CAPÍTULO 3	27
A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO	
DE CASO	
Helena Morgado Ribeiro	
Mariana Teixeira Baptista de Carvalho	
Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena	
DOI 10.22533/at.ed.7011912033	
CAPÍTULO 4	44
DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS	
Teresa Medeiros	
Oswaldo Silva	
Maria Teresa Flor-de-Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912034	
CAPÍTULO 5	62
A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO	
Rita Cerioni	
Eliana Herzberg	
DOI 10.22533/at.ed.7011912035	
CAPÍTULO 6	79
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO,	
PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL	
Ana Berta Correia dos Santos Alves	
Susana Barros da Fonseca	
Lia João Pinho Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.7011912036	
CAPÍTULO 7	94
IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	
José Carlos da Silva Mendes	
Maria Teresa Pires de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.7011912037	

CAPÍTULO 8	108
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOMOSSEXUALIDADE	
Adan Renê Pereira da Silva	
Iolete Ribeiro da Silva	
Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas	
DOI 10.22533/at.ed.7011912038	
CAPÍTULO 9	120
ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO CUIDADOR FRENTE AO CÂNCER INFANTIL	
Liliane Maria da Silva Saraiva	
DOI 10.22533/at.ed.7011912039	
CAPÍTULO 10	133
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE INTERNACIONAL TRES FRONTERAS (UNINTER) CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI (2016)	
Deisy Yegros	
Pablo Casagrande	
Didier Mongelos	
Montserrat Giménez	
Amilcar Miño	
Ana Arevalos	
Elder Oliveira da Silva	
Suelen dos Santos Ferreira	
Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz	
DOI 10.22533/at.ed.70119120310	
CAPÍTULO 11	141
ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE GOIÂNIA	
Maurício Benício Valadão	
Sebastião Benício da Costa Neto	
DOI 10.22533/at.ed.70119120311	
CAPÍTULO 12	156
EXPLORANDO O IMPACTO DO ESTRESSE NO CONSUMO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.	
Isabel Bernardes	
DOI 10.22533/at.ed.70119120312	
CAPÍTULO 13	169
ENSINO COM FEEDBACK INSTRUCIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): EFEITOS SOBRE CATEGORIZAR	
Daniel Carvalho de Matos	
Mônica Cristina Marques de Aragão	
Pollianna Galvão Soares de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120313	
CAPÍTULO 14	183
SÍNDROME DE BURNOUT: DOENÇA OCUPACIONAL PRESENTE DESDE A FORMAÇÃO ATÉ A ATUAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA	
William Volino	
DOI 10.22533/at.ed.70119120314	

CAPÍTULO 15	192
QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga	
Murilo dos Santos Moscheta	
DOI 10.22533/at.ed.70119120315	
CAPÍTULO 16	207
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120316	
CAPÍTULO 17	213
ENVELHECIMENTO POSITIVO E LONGEVIDADE AVANÇADA: CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO	
Lia Araújo	
Oscar Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.70119120317	
CAPÍTULO 18	221
AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120318	
SOBRE A ORGANIZADORA	227

GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Isabel Bernardes Ferreira
Helton Alves de Lima

trabalho em equipe.

INTRODUÇÃO

RESUMO: A atenção aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas tem ganhado relevância no contexto do trabalho em equipe nos serviços de saúde mental. Neste âmbito, os grupos de familiares possuem relevância nas estratégias de inclusão e atenção aos familiares. O presente capítulo, no qual se desenvolve um relato de experiência na perspectiva dos coordenadores do grupo, tem como objetivo apresentar, descrever e discutir sobre o desenvolvimento do trabalho com grupos de familiares em um ambulatório especializado em dependência de álcool e outras drogas. Para tanto, busca descrever a organização do trabalho em equipe no cotidiano do serviço, bem como a proposta do grupo de acolhimento de familiares. Por fim, descreve e discute alguns resultados alcançados, e conclui sobre a necessidade de maior reflexão, por parte dos coordenadores de grupo em conjunto com a equipe de trabalho, acerca das práticas realizadas com os familiares no campo do álcool e outras drogas.

PALAVRAS-CHAVE: práticas grupais; família; transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas; assistência à saúde mental;

Este capítulo tem como objetivo apresentar, descrever e discutir sobre o desenvolvimento de um trabalho com grupos de familiares, realizado em um Ambulatório de Dependência de Álcool e outras drogas, por meio de um relato de experiência.

A *Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas* (BRASIL, 2004) propõem um conjunto de diretrizes e orientações voltadas para a produção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, no âmbito dos serviços e das práticas assistências que compõem o Sistema Único de Saúde. A centralidade na pessoa e em seu contexto de vida, assim como a articulação de diferentes recursos institucionais, políticos, comunitários e da rede de relações dos usuários orientam as estratégias de ampliação das lógicas inerentes ao desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde (BRASIL, 2004; 2007; 2015).

Neste contexto, a promoção de formas de trabalho em equipe interprofissional pressupõe não uma sobreposição de ações específicas ofertadas pelas áreas profissionais em torno de projetos individualizados, mas sim o desenvolvimento de práticas de comunicação,

de integração e de articulação que tem como objetivo responder às necessidades dos usuários, ampliar sua participação social e autonomia, bem como promover estratégias de escuta e de vinculação que favoreçam o cuidado integral (Brasil, 2004; 2007; 2015).

Uma das tarefas principais das equipes é promover a inclusão de familiares ou pessoas significativas dos usuários nos serviços de Saúde Mental (LIMA, FERREIRA, 2017). As estratégias de inclusão de familiares e da rede de relações dos usuários dos serviços de Saúde Mental não são recentes. Tais estratégias representam um conjunto de práticas e discussões teóricas heterogêneas, observáveis nos mais diversos empreendimentos de reforma da atenção psiquiátrica desenvolvidas desde o pós-guerra, em diferentes partes do mundo (MELMAN, 2008).

Os modos como as equipes de saúde mental vão promover tais estratégias dependem, fundamentalmente, das lógicas que compõem os projetos terapêuticos institucionais, representadas nos aspectos teóricos e nas perspectivas de cuidado assumidas explicitamente ou implicitamente pelos profissionais, assim como pelo contexto institucional no qual essas equipes estão inseridas. Desta forma, observa-se diferentes modalidades de inclusão de familiares conforme a formação dos profissionais e conforme o caráter e as lógicas institucionais dos serviços: ambulatorial, de internação ou comunitários (LIMA, MÂNGIA, 2015).

A família pode ser compreendida como um grupo de pessoas com laços afetivos e uma história compartilhada. Dividem crenças e vivências cotidianas que organizam e dão sustentação a uma dinâmica relacional que propicia fatores de proteção necessários para seu desenvolvimento enquanto grupo e indivíduos. O núcleo familiar recebe destaque na contemporaneidade, pois é fonte primária de socialização e aprendizagem, de modo que, através da família são transmitidos um conjunto de crenças, valores, costumes, hábitos e dinâmicas de relacionamento (MINUCHIN, 1999).

Portanto, no contexto de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a família é identificada como locus importante da rede de suporte social de uma pessoa, sendo capaz de atuar como fator de proteção ao agravo de doenças; contribuir na solução de problemas e resoluções de crises; aumentar a sobrevivência, promovendo saúde; e ofertar companhia, apoio emocional, modelo de regras, limites e auxílio material e financeiro (BARNARD, 2005, COPPELO ET AL. , 2005).

Considera-se, então, que o suporte e apoio familiar no cuidado são fundamentais (Barnard, 2005). Todavia, se tais práticas não são compartilhadas em um contexto mais amplo, que envolve outros atores, como as equipes de saúde e outros recursos políticos, institucionais e territoriais, os membros familiares podem começar a sentir os impactos, em suas vidas, da sobrecarga subjetiva e objetiva, o que tende a elevar os fatores de risco no processo de adoecimento e diminuição de respostas às suas necessidades (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

Uma pesquisa recente revelou dados importantes sobre o impacto do uso prejudicial de álcool e outras drogas no contexto familiar dos usuários: 45,4% das

famílias consideraram que uso de drogas afetou drasticamente suas finanças; 58,5% disseram que houve redução da dedicação pessoal ao trabalho e estudo; 47% relataram problemas relacionados à vida social; 12% relataram viverem situações estressoras, como ameaças e 26% disseram ter passado por furtos no ambiente doméstico por parte do usuário; por fim, 29% dos respondentes apresentaram pessimismo em relação ao futuro e desesperança de melhora na situação vivida (LENAD, 2012).

Os dados acima evidenciam um alto índice de sobrecarga familiar e indicam que essas famílias, ao assumirem o papel de cuidadores de uma pessoa com necessidades de cuidado intensivo e de longo prazo, reorganizam o núcleo familiar para lidar com o problema apresentado e colocam suas necessidades e desejos pessoais em segundo plano, assumindo tarefas a mais em relação àquelas já desempenhadas.

Os impactos da sobrecarga na saúde física e psicológica aparecem por meio de queixas como somatizações, sintomas de ansiedade e depressão, culpa, solidão e outros sentimentos negativos. Já nas relações familiares, a sobrecarga pode ser observada nas mudanças de papéis, falhas na comunicação, rupturas e conflitos e, na vida social, se apresentam na forma de isolamento social, temor em deixar o usuário sozinho, receio de ser alvo de críticas do grupo social, e pouca motivação para atividades prazerosas e de autocuidado (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

Há, ainda, a dimensão objetiva da sobrecarga que se concretiza nos aspectos financeiro e ocupacional: altas taxas de absenteísmo, desemprego, dívidas de drogas, despesas de tratamento e pagamento de despesas do usuário (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

O uso problemático de drogas, portanto, afeta a saúde e qualidade de vida do usuário de substâncias psicoativas e de sua família. Os sofrimentos experienciados pela família compreende não apenas as questões relativas ao uso, mas também, pela forma como a sociedade compreende e se relaciona com as drogas.

Logo, nestas situações, são notáveis conflitos que não emergem da relação direta com as drogas, mas que advém do desconhecimento e do preconceito que envolvem tal problemática.

Ao cuidarmos das famílias de pessoas que tem um uso prejudicial de álcool e outras drogas não podemos desconsiderar o estigma relacionado ao consumo de substâncias psicoativas. O estigma é reproduzido nas “microrrelações”, de modo que, tanto o usuário de substâncias psicoativas sofre com o estigma como seus familiares, aos quais é atribuído estigma por associação, pois há uma construção social de que a dependência química é uma doença “escolhida”, livre de determinantes sociais e cuja responsabilidade é individual ou familiar (RONZANI, FURTADO, 2010; CORRIGAN, MILLER, WATSOR, 2006).

Diante da complexidade do fenômeno e da intensidade do sofrimento no qual tanto família quanto usuário de substâncias psicoativas estão envolvidos, verifica-se a importância e a necessidade do trabalho com estas famílias, à medida que, compartilhando o cuidado e dividindo as responsabilidades, a família amplia as

estratégias de cuidado não só com um de seus membros, mas com todos os envolvidos.

O trabalho dos serviços de saúde, conseqüentemente, pode auxiliar o paciente a fazer mudanças positivas em seu estilo de vida; aumentar o conhecimento dos familiares sobre o problema vivido; construir estratégias de enfrentamento das situações de crise; trabalhar aspectos emocionais como a culpa e o senso de responsabilidade, melhorar a comunicação, assertividade e o autocuidado; estimular o paciente dentro da família, na busca por tratamento; auxiliar na redução do uso de substâncias e realizar educação em saúde na perspectiva de aumentar o conhecimento dos familiares sobre o problema vivido (COPPELO et al., 2005).

Como alcançar tais objetivos nas intervenções com as famílias é o desafio posto aos profissionais de saúde. No Reino Unido, por exemplo, há um protocolo estabelecido nos serviços de saúde que visa garantir um momento de escuta e acolhimento às famílias para, em um segundo momento, orientá-las e dividir informações sobre o processo de adoecimento e, posteriormente, instrumentalizá-las e compartilhar estratégias de enfrentamento concretas. Nesta abordagem, é garantido às famílias espaços protegidos de diálogos sobre o seu problema, escuta de depoimento de outras famílias, atendimentos do núcleo familiar, treinamento para situações de overdose e crises e, por fim, inclusão em programas e estratégias de redução de danos - exames de sangue, entrega de contraceptivos, entre outros (COPPELO et al., 2005).

Já no Brasil (FILIZOLA, et al., 2009, JUNGGERMAN, ZANELATTO, 2007, MIRANDA et al., 2006) nos serviços comunitários e em meio aberto, geralmente, são ofertadas às famílias intervenções em grupo ou atendimentos ao núcleo familiar, nas seguintes modalidades: 1) Atendimentos grupais e individuais com vistas à educação em saúde (orientação familiar); 2) Atendimentos em grupo multifamiliar como propostas que visam estimular a conversação, para criar ou expandir a rede de suporte social do familiar, mitigar a dor, ter *insights* sobre o problema vivido, compartilhar estratégias, aumentar a empatia, estimular a solidariedade, diminuir o isolamento social e ajudar na resolução de conflitos, revisar valores e atitudes (orientação familiar); 3) Grupo de apoio mútuo provenientes dos AA/NA (Amor exigente Alanon, Naranon); 4) Terapia familiar (sistêmica, cognitivo-comportamental); 5) Mediação de conflitos.

Tais propostas consideram que o envolvimento da família (companheiro/a), em qualquer etapa do tratamento, pode contribuir na redução do consumo das substâncias e dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão em ambos, paciente e familiares.

Contextualização do cotidiano do Ambulatório

A prática grupal com familiares é realizada em uma instituição pública, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, ligada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que tem por objetivo promover o ensino, a pesquisa e assistência psiquiátrica às pessoas e seus familiares que procuram, durante todo o ano, cuidados em saúde mental.

O Ambulatório de Dependência de Álcool e outras Drogas é um dos programas

dessa instituição. Inaugurado em 1987, funciona uma vez por semana, às terças-feiras, por meio do trabalho de uma equipe interprofissional que atua tanto na assistência aos usuários, quanto na formação de profissionais de saúde, desde aqueles que já estão formados e estão vinculados ao ambulatório por programas de capacitação ou residência, até aos alunos do curso de medicina que se encontram no programa de internato.

A proposta de cuidado do Ambulatório consiste na articulação e construção de projetos terapêuticos singulares cujas ações, individuais e grupais, visam contemplar as necessidades de saúde de forma integral.

Os usuários do serviço são admitidos devido ao uso prejudicial de substâncias psicoativas e, em alguns casos, por apresentarem comorbidades psiquiátricas associadas, ambas passíveis de serem assistidas em nível ambulatorial.

O ambulatório é composto por profissionais psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, que possuem diferentes vínculos com a Instituição: concursados, contratados CLT, voluntários e alunos de capacitação em serviço, aprimoramento profissional e residência multiprofissional em saúde mental e de psiquiatria.

Os profissionais concursados e contratados (uma psicóloga, uma assistente social, um enfermeiro e 2 médicos psiquiatras) são responsáveis por atender pacientes e familiares, coordenar e supervisionar as ações assistenciais promovidas pelo ambulatório, tanto no que tange as propostas terapêuticas das áreas profissionais, quanto às estratégias de articulação de ações por meio da discussão de casos, orientada para a elaboração e coordenação de projetos terapêuticos dos usuários.

Os profissionais em capacitação e aprimoramento da área de psicologia e serviço social, e os residentes das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional e psiquiatria, compõem o trabalho em equipe nas tarefas assistenciais, mas estão inseridos por meio das propostas de formação em serviço, o que gera um caráter rotativo destes profissionais no cotidiano do ambulatório.

A rotina de trabalho da equipe consiste no desenvolvimento de tarefas, como:

- a. Triage, realizada por um médico psiquiátrico e uma dupla psicossocial, direcionada para a avaliação do indivíduo, de seu uso de substâncias e de seu contexto sociofamiliar;
- b. Discussão em equipe sobre os casos novos ingressantes no ambulatório;
- c. Discussão e reunião de acompanhamento dos casos atendidos, visando re-aver, repensar e propor ações e metas;
- d. Grupo de acolhimento, voltado aos usuários;
- e. Grupo de habilidades, voltado aos usuários;
- f. Grupo de cotidiano, voltado aos usuários;

- g. Grupo de preparação para alta do serviço, voltado aos usuários;
- h. Grupo de acolhimento de familiares;
- i. Grupo de acompanhamento de familiares;
- j. Consultas e orientação de enfermagem;
- k. Consultas psiquiátricas;
- l. Psicoterapia breve;
- m. Atendimento e orientação do Serviço Social;
- n. atendimentos de gerenciamento de caso, em duplas interprofissionais, com usuários e familiares.

Tais tarefas da equipe compõem o projeto terapêutico institucional, que possui forte caráter psicossocial, cujo objetivo é promover a melhora dos sintomas apresentados pelos pacientes, ampliar seu repertório de habilidades sociais, propiciar processos psicoterapêuticos em âmbito individual ou grupal, fomentar o fortalecimento das relações sociais e afetivas, bem como construir respostas às necessidades por eles apresentadas, por meio do desenvolvimento de um trabalho em rede, necessidades estas que são identificadas nos diferentes encontros vivenciados entre os profissionais e os usuários do serviço.

Ainda que o serviço assuma, em boa parte de seu cotidiano, a perspectiva da abstinência, devido a essa ser ainda objetivo hegemônico de muitos serviços ambulatoriais e comunitários, a perspectiva da Redução de Danos, como proposta pelo Ministério da Saúde, tem sido assumida na prática dos profissionais, tanto na formulação das ações assistenciais, quanto na construção dos projetos terapêuticos junto aos pacientes e seus familiares.

O diálogo do Ambulatório com as diretrizes de cuidado propostas pela Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004), bem como com as diretrizes de organização do processo de trabalho propostas pela Política de Humanização (BRASIL, 2007), tem ganhado força desde o ano de 2013, com a entrada do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase em Dependência Química. O programa de residência tem se apresentado como forte protagonista na reformulação da organização, das ações e das lógicas assistenciais deste serviço, obviamente, não sem inúmeros desafios, inerentes ao modelo hegemônico de cuidado no campo do álcool e outras drogas.

DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DO GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES: ENCONTRO TÍPICO.

O grupo de acolhimento aos familiares dos pacientes matriculados no ambulatório do Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA-Ipq-HC-FMUSP)

foi fruto de um processo de pesquisa e de um trabalho de conclusão de curso de um psicólogo residente multiprofissional, no ano de 2013, em parceria com duas assistentes sociais residentes, que propuseram o redirecionamento da atenção dada às famílias até aquele momento. Tal processo foi constituído visando uma maior participação dos atores na construção da proposta do grupo, por meio de um mapeamento de necessidades nos momentos de reunião e de encontros cotidianos com os familiares no ambulatório, e foi mediado por: 1) pesquisas na literatura sobre atendimento de familiares e sobre práticas grupais; 2) nas orientações da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas; 3) pela escuta dos familiares que eram atendidos pelo ambulatório; e 4) pela discussão com profissionais sobre a atenção ofertada às famílias.

Buscou-se propor, a partir desse processo, um atendimento em grupo aos familiares que deveria ter como foco o acolhimento, a identificação de situações de sobrecarga e o fortalecimento das redes apoio, a promoção de ações reflexivas como forma de educação em saúde sobre dependência e a orientação sobre manejo com o paciente em diferentes situações.

O grupo possui um caráter semiaberto, com duração de 12 a 15 encontros, e é realizado semanalmente, no mesmo dia dos atendimentos ao paciente. É realizado em uma sala de atendimento, que comporta cerca 10 pessoas, incluindo os coordenadores. Desta forma, possui característica de pequeno grupo, tanto pela limitação do espaço, quanto pelo reduzido número de familiares que possuem disponibilidade para os atendimentos. É importante salientar que, como as ações do ambulatório são realizadas durante o período da tarde, atualiza-se a problemática do acesso de familiares que possuem atividades ocupacionais e de trabalho, o que tem configurado um processo de discussão na equipe sobre a necessidade de ampliar as ações do ambulatório para o período noturno, no intuito de incluir gradativamente maior número de usuários e familiares.

O grupo é composto por familiares e pessoas que mantenham relacionamento afetivo com o paciente em tratamento no ambulatório, e que não tenham participado da intervenção grupal no serviço. Portanto, se configura como o primeiro contato com a equipe do ambulatório, no sentido do acolhimento, da escuta e da orientação. É coordenado por uma assistente social e um psicólogo, com formações específicas em Saúde Mental e Família, e conta com a participação dos profissionais em formação em serviço.

Os coordenadores buscam ocupar um lugar de facilitador da comunicação e da circulação da palavra, esforçando-se para não se colocarem e nem serem postos no papel de protagonista do grupo. Salienta-se que esse esforço se dá no encontro do grupo, no desenvolvimento do processo grupal e na reflexão da dupla de coordenadores em relação à sua prática, pois o papel de coordenação, como é demonstrado na literatura sobre grupos, é apenas mais um dos aspectos constitutivos do dispositivo grupal, que tende a ser atravessado por uma diversidade de questões e determinações

intrinsecamente dinâmicas (BAULEO, 1977; BAULEO, 1982; BARROS, 2013).

Nos primeiros encontros dos grupos observa-se uma tendência maior dos coordenadores a dirigirem o encontro: 1) para a formulação das regras do grupo, que são construídas em conjunto com os participantes, e escritas em uma folha de *flipchart* ou cartolina, tais como pontualidade e tolerância com atrasos, sigilo e confidencialidade, práticas de fala e escuta que permitam maior circulação da palavra entre os membros, vigilância em relação às atitudes de crítica e de obstrução da fala e do pensamento dos participantes, cuidado em relação ao tempo do encontro, etc.; 2) para a construção de um clima de intimidade, com a utilização de técnicas de apresentação, geralmente no primeiro encontro, por meios das quais um participante apresenta o outro após um breve período de conversa em duplas ou trios; 3) para a possibilidade de criar um clima de conversa e discussão a partir da proposição de temas, por meio dos quais os participantes são convidados a interagir e falar livremente sobre.

Estas técnicas e outras, pareadas à intencionalidade dos coordenadores em promover graus gradativamente maiores de participação, e associadas à interpretações e assinalamentos sobre como cada participante está vivenciando, do ponto de vista afetivo e do pensamento, tanto as situações relatadas quanto as interações grupais, tem como objetivo construir modos de relação social diferentes daquelas vivenciadas no cotidiano, que tendem a ser marcadas por posturas de rigidez, de críticas e julgamentos, e de pouca reflexão sobre suas construções vinculares e relacionais.

Segundo Bauleo (1977), os participantes do grupo devem, ao posicionar-se em relação ao tema, não apenas falar sobre ou dizer o que sentem, e sim “elaborar las concomitancias, consecuencias, supuestos y límites que dicho tema implica com una palabra cuya fuerza está dada por la emoción (carga energética alternante) que al hablar em essa situación grupal provoca”.

Tal compreensão sobre o grupo implica lugares diferenciados em relação à coordenação (BAULEO, 1977): 1) a escuta dos coordenadores deve ser vivenciada com certa distância, que não significa neutralidade, mas sim um lugar desde o qual é possível trabalhar as questões vivenciadas pelos participantes, devolvendo a eles o processo de elaboração constante do vivido e do pensando; 2) o trabalho dos coordenadores é a relação do grupo com o tema, o vínculo que o grupo estabelece com a tarefa, que não possui simetria com a experiência que os participantes têm em suas interações; 3) os coordenadores não devem assumir o lugar de liderança, e sempre devem devolvê-la ao grupo, sustentando os conflitos e as dinâmicas que daí decorrem, pois o que está em jogo é a multiplicação de pontos de vista, de modos de sentir e pensar, que potencializam a discussão ao desconstruir uma estruturação patriarcal do manejo do encontro. Dito de outro modo, a tarefa dos coordenadores envolve a elaboração dos determinantes ideológicos de sua prática e de sua subjetividade, que os fazem investir o grupo como se este fosse algo de sua posse (identificação e objetificação) e o lugar de status e prestígio (narcisismo).

Já os profissionais em formação contribuem com as observações que fazem

ao longo dos encontros, compartilhando-as no encontro grupal, entre todos, e nos momentos de pré e pós-grupo destinado à equipe para o planejamento, análise e elaboração coletiva da ação.

Cada sessão tem duração de 1h30 e são organizados da seguinte maneira:

1) Acolhimento: nos primeiros 20 minutos é realizado o acolhimento dos participantes. Nesse momento, os coordenadores recebem os familiares de modo empático, e também estão atentos para perceber a forma como cada um chega, de que forma iniciam suas interações, como se apresentam ao encontro. Nas falas e partilhas que ali são colocadas em cena, os coordenadores buscam identificar como devem começar a sessão. Nesse momento também os novos participantes são apresentados aos demais participantes do grupo que, com o tempo, tendem a se mostrar mais receptivos e empáticos com a escuta das questões e sofrimentos trazidos pelos ingressantes.

2) Desenvolvimento do encontro: durante a primeira hora, os coordenadores orientam sobre a proposta do encontro, se os participantes gostariam de propor outro tema. Nos grupos realizados, os coordenadores não desenvolvem técnicas de dinâmica de grupo, tendo em vista que é a própria interação do grupo que é trabalhada, sempre em relação ao tema em discussão.

3) Síntese e encerramento: ao final do encontro, o grupo constrói uma síntese do que ali foi produzido, tanto do ponto de vista afetivo quanto do pensamento. É comum os participantes assinalarem um desejo de aprofundar algumas temáticas, principalmente aquelas relacionadas à dependência, seus aspectos psicológicos, sociais, biológicos, culturais, e ao manejo cotidiano com o familiar usuário. Após a síntese, os coordenadores propõem uma breve avaliação de como o encontro foi vivido por cada participante.

Ao final dos 15 encontros, é feita uma avaliação, entre os participantes e os coordenadores, sobre todos os encontros, por meio de três perguntas disparadoras de reflexão: “qual foi a contribuição do grupo para mim”; “qual foi a minha contribuição para o grupo (eu no grupo)”; “qual foi a contribuição dos coordenadores do grupo para esta vivência”. Primeiramente, os coordenadores solicitam que todos escrevam suas reflexões e depois compartilhem no grupo. Os coordenadores, ao final, comentam sobre suas impressões, no intuito de realizar uma retrospectiva sobre os deslocamentos e mudanças de cada participante, sugerindo alguns encaminhamentos para que sigam construindo estratégias de autocuidado. São indicadas propostas terapêuticas, serviços da Rede de Atenção Psicossocial existentes no território de cada participante, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, além de grupos de apoio mútuo que são organizados pela sociedade civil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos através das anotações e discussões feitas a cada sessão realizada e a partir das avaliações feitas por familiares e coordenadores.

Os grupos, que funcionam desde janeiro de 2014, já atenderam cerca de 80 familiares. Nos primeiros 3 anos de grupo, a maioria de seus participantes eram mulheres: mães, esposas, irmãs, tias e filhas. Houve a presença de poucos membros do gênero masculino a cada grupo realizado, geralmente pai do paciente. Já no primeiro grupo realizado no ano de 2018, observou-se uma metamorfose na qual a presença masculina foi aumentando a cada encontro. Houve momentos em que a maioria dos participantes do grupo era do sexo masculino e ali estavam esposos, pai, (muitos) irmãos e amigos dos pacientes.

A mudança no perfil dos participantes fez com que estes encontros tivessem algumas características diferentes daquelas vistas até então: os grupos foram mais dinâmicos, a palavra circulou com mais frequência entre os membros, a discussão sobre os problemas enfrentados era mais pragmática, atendendo-se não somente à queixa, mas às possibilidades de reais de cuidado. Deste modo, houve um deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre si mesmo.

Outro novo elemento nos grupos realizados neste ano de 2018 foi a presença de familiares que também já tiveram problemas com o uso de substâncias psicoativas e estavam em processo de reabilitação. Ao se apresentarem como alguém que já enfrentou o mesmo problema que os pacientes, as famílias os colocaram em lugar privilegiado de escuta e, sem se darem conta, ao buscarem receitas prontas de como resolver o problema do uso de álcool e drogas, se conectaram e se tornaram empáticos com seu familiar através da figura do “outro paciente”.

Esta situação levantou um desafio à medida que demandou dos coordenadores do grupo ajudar estes familiares (que enfrentam questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas) a pensarem sobre os desgastes vividos em ser cuidador e não mais de ser o paciente identificado.

A experiência dos familiares, em seus pontos de vista, girou em torno da possibilidade de serem acolhidos em circunstâncias de sofrimento e desesperança, na medida em que o grupo possibilitou que falassem sobre seu sofrimento. Outro ponto importante das avaliações dos familiares sobre o grupo foi a possibilidade de escutar o outro e elaborar seu sofrimento a partir da identificação entre os pares.

Ser reconhecido como alguém que necessita de cuidados e ter seus sentimentos legitimados no grupo aumentou a sensação de bem-estar e diminuiu o nível de sofrimento de alguns familiares. Àqueles que conseguiram se conectar com as histórias dos demais, retornaram para as suas histórias de uma forma mais leve conseguindo identificar, nos momentos de crise, quais são as preocupações reais, quais são fantasias e como identificar as prioridades no momento do cuidado de seu familiar.

Foi possível proporcionar uma reflexão acerca do estigma e estigma por

associação, bem como a desconstrução de ideias pré-concebidas e pautadas apenas em suas leituras experienciais sobre o uso de álcool e outras drogas, geralmente envoltas em concepções morais e discriminatórias sobre as práticas de consumo de seus familiares usuários.

Destaca-se também a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” explicitamente ou implicitamente investidas nas expectativas dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório. Tais expectativas, como compreendidas pelos coordenadores do grupo e pela equipe, estão baseadas em discursos e práticas sociais que tomam a dependência como doença, cujo único objetivo de cuidado é a abstinência, e não a Redução de Danos (Brasil, 2004).

Essas expectativas atravessam, com maior ou menor intensidade, o imaginário individual e grupal na questão da dependência, que tem como efeito o desinvestimento no fortalecimento da autonomia pela adequação às normas e comportamentos socialmente aceitos. Desde uma perspectiva psicossocial, a expectativa de cura como finalidade da atenção limita a implicação dos sujeitos na elaboração de suas questões e vivências, já que tendem a reduzir toda a complexidade social, cultural, biológica e psicológica das dependências à identificação de um membro familiar problemático. Limitam também as possibilidades de respostas às necessidades das pessoas por parte dos serviços de saúde e das políticas públicas, bem como o fomento à participação, por direcionar a um “terceiro” a possibilidade de apaziguamento e de resolução de seus conflitos cotidianos.

O grupo proporcionou, ainda, a promoção da saúde e das práticas de cuidado de si, na medida em que o grupo trabalha para estimular mudanças nos estilos de vida e ampliar referenciais pessoais e coletivos sobre cuidar da própria saúde mental. Trabalhou-se na perspectiva de que quanto mais contextos (relacionais, políticos, econômicos, geracionais) puderem incluir na construção de uma nova visão do problema, maior a amplitude de possibilidades que teremos para cuidar do outro e se cuidar nos momentos de crise e dificuldade.

Observou-se que o grupo contribuiu para o aprendizado de modos de elaborar e lidar com as recaídas dos pacientes, a ampliação e complexificação dos conceitos de dependência, o sentimento de acolhimento, a aquisição de novas amizades, aumento da autoestima e o reconhecimento de sentimentos negativos como vergonha, impaciência e desespero.

Portanto, os temas que foram pauta de discussão e reflexão nos grupos foram: o que é a dependência; quais os aspectos psicossociais que influenciam no estabelecimento das adicções; o uso drogas é falha de caráter?; como me relaciono com o familiar em uso e em abstinência; como é a rotina e a dinâmica familiar; como fico quando deixo de me cuidar; quem sou eu e quais são minhas fontes de prazer e meus projetos pessoais; a dependência do ponto de vista da espiral motivacional; qual é o “fundo do poço” de cada um; como escutar o que o outro tem a dizer; como lidar com dinheiro, autonomia e responsabilização; reconhecimento da sobrecarga; como

lidar com situações-limite; como o ambulatório e a Rede de Atenção Psicossocial podem contribuir para a produção do cuidado; o lugar da “supermãe” e como construir limites; os sentimentos de desesperança e desespero; como ajudar alguém que não quer ajuda e não chega ao tratamento; a reinserção social e profissional.

Para concluir, apontamos algumas reflexões elaboradas pela equipe e pelos coordenadores em relação à abordagem com os familiares no contexto do Ambulatório: 1) a equipe estimula a família a focar-se em seus pontos fortes e potencialidade, mas deve sempre trabalhar com as situações de conflito, visando elaborá-las e construir estratégias de lida; 2) as práticas de cuidado devem contribuir para um modo de funcionamento mais colaborativo e que expanda a rede de apoio para além do contexto doméstico; 3) o acolhimento, como tarefa institucional da equipe, bem como prática relacional familiar, deve possibilitar maior capacidade de suportar as impossibilidades do outro e ajudá-lo a vir a suportar, em si mesmo e no coletivo, as desorganizações e rupturas vivenciadas; 4) ao passo que a dependência envolve impactos importantes no contexto social, familiar e comunitário, com conseqüente enfraquecimento dos laços, possibilidade de rupturas relacionais e negligência dos aspectos estruturantes da vida – como interesse na própria saúde e relações sociais – e abandono de projetos de vida pessoais e familiares, os aspectos sociais, culturais e políticos devem estar incluídos nas análises e elaborações da equipe e da abordagem aos familiares; 5) a atenção aos familiares, por parte da equipe, não deve se restringir aos espaços assistenciais institucionalizados, como os grupos, mas deve fazer parte do manejo dos profissionais nos diferentes momentos de cuidado que envolver os familiares, seja nas consultas, seja na construção dos projetos terapêuticos singulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ofertar abordagens de cuidado por meio de estratégias de inclusão de familiares nos serviços de saúde é de grande importância no contexto da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Além de promover a adesão do usuário ao tratamento, a atenção aos familiares contribui para que essas se sintam acolhidas, orientadas e consideradas em suas necessidades.

Os estudos sobre as práticas grupais neste contexto apontam que tais estratégias podem contribuir na diminuição de sintomas de ansiedade, bem como na adoção de estratégias de enfrentamento que ajudam a fortalecer o cotidiano e as relações familiares (RAISTRICK et al., 2006; SCHAEFER, 2008; COPPELO et al., 2005).

Estabelecer uma relação de confiança entre os membros da família e os profissionais do serviço, valorizando a construção do vínculo e o reconhecimento de suas necessidades, possibilitado no “encontro de subjetividades” (CECILIO, 2011, p. 163), configura-se como possibilidade de reorientar a atenção, desde um paradigma da autonomia e da participação.

Considera-se, por fim, que o grupo proporciona o desenvolvimento de práticas

relacionais de apoio e acolhimento, assim como potencializa práticas de reflexão e orientação acerca do papel da família no cuidado psicossocial, do fortalecimento de si enquanto condição essencial para o cuidado com o familiar dependente de substâncias psicoativas. Tal tarefa envolve a instauração de espaços, lógicas e propostas que fomentem processos de elaboração do vivido no cotidiano, assim como a abertura afetiva e do pensamento para novos modos de olhar, compreender e lidar com as situações de sofrimento e de crise, tão características da clínica com as famílias de usuários de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

VANDERSON, H. GOOLISHIAN, H. **O cliente é o especialista: uma abordagem para a terapia a partir de uma posição de não saber.** Nova Perspectiva Sistêmica. 2(03): 08-24, 1993.

BANDEIRA, M., BARROSO, S.M. **Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54(1):34-46, 2005.

BARNARD, M. **Drugs in the family: The impact on parents and siblings.** Joseph Rowntree Foundation, University of Glasgow, 2005.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro.** Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2013.

BAULEO, A. **Contrainstitucion y grupos.** Madrid: Editora Fundamentos, 1977.

BAULEO, A. **Ideología, Grupo y Familia.** México: Editora Folios Ediciones, 1982.

BRASIL. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAUN, L. M., Dellazzana-Zanon, L. L., & Halpern, S. C. (2014). A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e qualidade na atenção.** In: Pinheiro, R. Araujo de, R.M Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001, p. 113-126.

COPPELO et al., Templeton LJ. **Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems.** Drug Alcohol Rev 2005;24:369–85.

CORRIGAN, P.W, MILLER, F.E, WATSON, A. C. **Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members.** Journal of Family Psychology, 2006. 20, 239-246. 2006.

FALICOV, C. **From rigid borderlines to fertile borderlands**: reconfiguring family therapy. Journal of Marital and Family Therapy. 24(2): 157-163, 1998.

FILIZOLA, C.L.A.; TAGLIAFERRO, P.; ANDREADE, A.S.; PAVARINI, S.C.I.; FERREIRA, N.M.L.A. **Alcoolismo e família**: a vivência de mulheres participante do grupo de autoajuda Al-Anon. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 58, n 3, p. 181-186, 2009.

JUNGERMAN, F.S, ZANELATTO, N. A. **Tratamento Psicológico do Usuário de Maconha e Seus Familiares**: Um Manual Para Terapeutas. São Paulo: ed Roca, 2007

Lima HA, Mângia EF. **Estratégias grupais voltadas aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas**: uma revisão narrativa. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. maio/ago.;26(2) 2015: 294-300.

LIMA, H. A, FERREIRA, I. B. **Inclusão de familiares de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas na atenção em Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde, Drogas, Saúde & Contemporaneidade. Nov/2017:141-150.

LENAD. **Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos** – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2012.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3ª ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MINUCHIN, S. **Famílias**: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MIRANDA, F.A.N.; SIMPSON, C.A.; AZEREDO, D.M.; COSTA, S.S. **O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar**. Revista Eletrônica de Enfermagem (on line). v. 8, n.6, p. 222-232, 2006

Ronzani TM, Furtado EF. **Estigma social sobre o uso de álcool**. J Bras Psiquiatr;59(4):326-332. 2010.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-170-1

