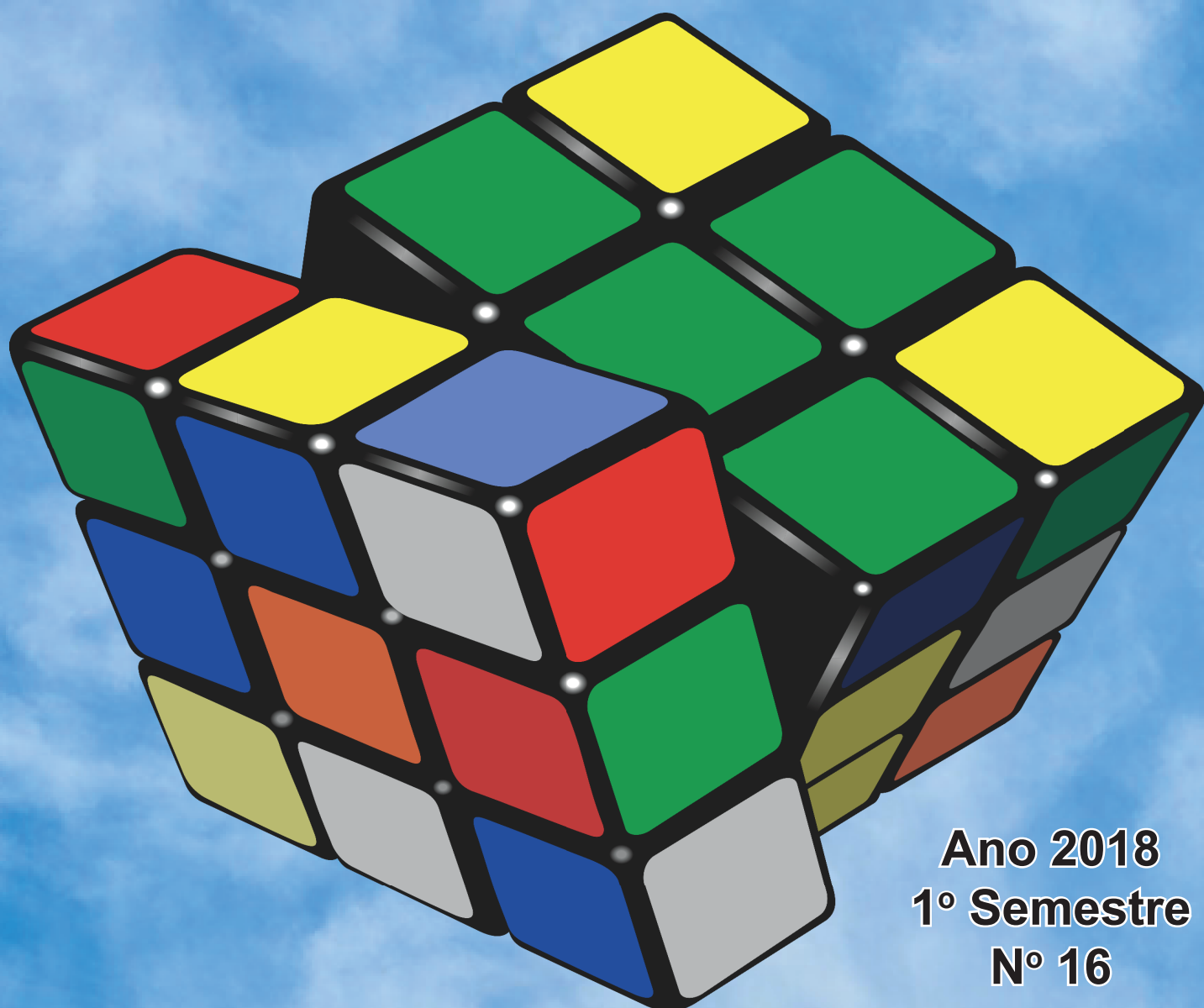


# Revista



# Cruz Azul



Ano 2018  
1º Semestre  
Nº 16

Intervenção com famílias  
na prevenção de drogas  
na adolescência

Página 06

Os sintomas  
psicossomáticos  
no dependente  
químico

Página 15

Grupos de mútua ajuda  
e sua contribuição ao  
enfrentamento de  
patologias biopsíquicas

Página 19

# O QUE É A CRUZ AZUL NO BRASIL

A Cruz Azul no Brasil é uma associação sem fins lucrativos, de direito privado, cristã interdenominacional, fundada em 23 de junho de 1995, com sede em Blumenau/SC. É filiada à Cruz Azul Internacional (International Federation of Blue Cross - IFBC), cujo trabalho iniciou em 1877 na Europa.

## MISSÃO, VISÃO, VALORES

### Missão - PROMOVER A VIDA:

- Sem álcool e outras drogas, visando ao bem-estar individual, familiar e social;
- Com a inclusão, a mútua ajuda e a abstinência;
- Com ações inovadoras de prevenção, acolhimento, tratamento, reinserção social, apoio e educação continuada;
- Acreditando na capacidade de mudança do ser humano;
- Fundamentando-se no poder salvífico e transformador de Jesus Cristo.

### Visão - SER REFERÊNCIA NA ÁREA DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

- Como movimento cristão de inclusão, mútua ajuda e abstinência, reconhecido por sua visão de ser humano integral;
- Em prevenção;
- Em educação continuada, conhecimento e inovação;
- Em rede de acolhimento e atendimento individual e familiar, de grupos de mútua ajuda e de comunidades terapêuticas;
- Em políticas públicas, assessoramento, defesa e garantia de direitos.

### Valores - NOSSOS VALORES:

- Crença no poder salvífico e transformador de Jesus Cristo e na capacidade de mudança do ser humano;
- Abstinência como sinal de apreço e solidariedade, instrumento efetivo de acolhimento, tratamento, prevenção e qualidade de vida;
- Movimento em rede de inclusão e mútua ajuda;
- Educação continuada e inovação;
- Ética e transparência.

### Nossa Proposta:

- Promover uma vida sem drogas, visando a saúde física, psicológica e espiritual do ser humano para o bem-estar individual, familiar e social.

## PROGRAMAS DE ATENDIMENTO

**a) Programa de grupos de ajuda mútua:** treinamento, assessoramento, apoio e acompanhamento de lideranças e voluntários junto às igrejas e outras entidades, objetivando a criação de uma rede de grupos de apoio para o atendimento de dependentes e seus familiares. Realização das reuniões dos Grupos de Apoio, especialmente através de voluntários treinados pela Cruz Azul no Brasil.

**b) Programa de prevenção:** realização de atividades de prevenção em escolas, empresas, igrejas e outros espaços comunitários, através de teatros, monólogos, discussões de grupos, palestras de conscientização, e a capacitação de multiplicadores.

**c) Programa de educação continuada:** Realização de cursos de extensão e livres, seminários, fóruns, curso de pós-graduação

para a formação de multiplicadores sociais que atendem pessoas afetadas pela dependência das drogas.

**d) Federação de Comunidades Terapêuticas:** filiação de entidades que realizam acolhimento de pessoas dependentes na modalidade de CT. Assessoria, apoio, capacitação às entidades filiadas e representação destas junto aos governos federal, estadual e municipal.

**e) Programa de Orientação e Apoio para Dependentes e Familiares:** atendimento presencial psicológico e de orientação junto à sede da Cruz Azul e também via telefone, e-mail e rede social.

**f) Programa de Edição de Literatura na área da Dependência Química e Prevenção:** edição de livros, folhetos, apostilas e outras (edições impressas e eletrônicas).

**g) Programa de Construção de Políticas Públicas Sobre Drogas:** representação do segmento de CTs junto ao governo federal, estadual e municipal, contribuindo na discussão e aprovação de leis e o financiamento público que promovam serviços de atenção e/ou cuidado a pessoas afetadas pelas drogas, e as entidades do Terceiro Setor atuantes nesta área e nas políticas sobre drogas.

## A SEDE E A SECRETARIA GERAL

Para realizar os programas acima descritos, a Cruz Azul no Brasil conta com uma infraestrutura física, administrativa e deliberativa. A entidade possui uma sede própria na rua São Paulo, nº 3424, bairro Itoupava Seca, em Blumenau, SC, inaugurada em 23 de junho de 2012. Possui uma estrutura funcional com 20 colaboradores remunerados e mais de 400 voluntários, estes últimos envolvidos no trabalho com os grupos de mútua ajuda.

A estrutura administrativa e deliberativa da Cruz Azul é composta pela Assembleia Geral, que é o órgão máximo de caráter deliberativo. Compõe a estrutura administrativa da Cruz Azul um Conselho de Administração. Este conselho de administração possui várias áreas temáticas: área de tratamento, prevenção, grupos de apoio, capacitação, espiritualidade, políticas públicas, publicação/edição/literatura/comunicação e ações estratégicas de inclusão. Cada área temática é composta por diversos membros que se reúnem entre seus pares para discutir as ações, desafios e estratégias do trabalho da Cruz Azul.

A Cruz Azul possui uma diretoria de caráter deliberativo e um coordenador administrativo da equipe de trabalho.

O trabalho é mantido através de contribuições e doações, subvenções públicas, subvenções privadas, receitas de promoções, receitas com capacitações, receitas com serviços sócio-assistenciais, vendas de mercadorias e isenções tributárias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, no Brasil, a entidade possui 12 Comunidades Terapêuticas filiadas (centros de acolhimento a dependentes químicos), 112 Grupos de Apoio/Mútua Ajuda para adultos e 12 para crianças (os Grupos Kids). Por meio do trabalho da Cruz Azul, muitas pessoas encontraram ajuda para deixar a sua dependência de álcool e/ou outras drogas, além de uma nova razão para viver.

## Cruz Azul no Brasil

Telefone: +55 (47) 3337-4200

Site: [www.cruzazul.org.br](http://www.cruzazul.org.br)

Facebook: [www.facebook.com/cruzazulnobrasil](http://www.facebook.com/cruzazulnobrasil)

E-mail: [cruzazul@cruzazul.org.br](mailto:cruzazul@cruzazul.org.br)



---

---

# SUMÁRIO

O QUE É CRUZ AZUL.....	02
NORMAS GERAIS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA CRUZ AZUL ONLINE.....	04
EDITORIAL.....	05
INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS NA PREVENÇÃO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA.....	06
OS SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS NO DEPENDENTE QUÍMICO.....	15
GRUPOS DE MÚTUA AJUDA E SUA CONTRIBUIÇÃO AO ENFRENTAMENTO DE PATOLOGIAS BIOPSÍQUICAS.....	19

**EXPEDIENTE:** A Revista “**CRUZ AZUL ONLINE**” é uma publicação “online” da Cruz Azul no Brasil, com sede na Rua São Paulo, 3424, bairro Itoupava Seca. 89030-000. Blumenau, SC.

**Presidente da Cruz Azul no Brasil:** Rolf Hartmann.

**Editor:** Luis Carlos Ávila.

**Conselho Editorial:** Osvaldo Christen Filho (Coordenador), Camila Biribio Woerner Pedron, Egon Schlüter, Henriette Kellermann Prust, Luis Carlos Ávila, Luis Carlos Kuchenbecker, Maria Roseli Rossi Ávila e Rolf Hartmann.

**Revisão:** Henriette K. Prust, Luis C. Ávila, Luis Carlos Kuchenbecker e Osvaldo Christen Filho.

**Secretaria Geral:** Egon Schlüter.

Contatos: [publicacoes@cruzazul.org.br](mailto:publicacoes@cruzazul.org.br) - [www.cruzazul.org.br](http://www.cruzazul.org.br) - Telefone (47) 3337-4200.

Endereço: Rua São Paulo, 3424, bairro Itoupava Seca. 89030-000. Blumenau - SC.

**Periodicidade:** Semestral. Foto de Capa: <https://pixabay.com/> - imagens grátis

**Edição:** Número 16 - 1º semestre de 2018.

A revista possui interesse nos artigos vinculados nas seguintes temáticas: dependência química, comunidade terapêutica, grupos de apoio, prevenção ao uso de substâncias psicoativas, prevenção à recaída, codependência, políticas públicas sobre drogas e outros temas correlacionados, sendo possível o chamamento de submissões com temáticas específicas.

**Ao submeter um trabalho para o periódico, os autores devem ler e aceitar as condições que seguem:**

1. O(s) nome(s) do(s) autor(es) deverão estar devidamente omitidos ao longo do texto (requisito para análise duplo-cego);

2. A contribuição deverá ser original e inédita, e não estar sendo avaliada para publicação por outro periódico; caso contrário, deverá ser justificada tal condição no corpo do email no qual o trabalho será enviado;

3. O arquivo deverá ser submetido em formato Microsoft Word, obedecendo a seguinte estrutura básica para a organização do artigo:

- Título;
- Resumo;
- Introdução;
- Discussão;
- Conclusões;
- Referências bibliográficas.

4. Os títulos e subtítulos não podem exceder o total de 100 caracteres com espaço;

5. Apresentar resumo com no máximo 200 palavras e palavras-chave (de 3 a 6) em português;

6. O volume total de texto (incluindo título, resumo, notas de rodapé e referências bibliográficas) deve possuir no mínimo 20 mil e no máximo 40 mil caracteres com espaço;

7. O texto deverá ser escrito com espaçamento 1,5 cm entre linhas, fonte Times New Roman, tamanho 12;

8. O artigo não deve apresentar mais do que três autores;

9. As referências bibliográficas devem ser apresentadas no final do artigo em ordem alfabética, contendo exclusivamente as obras utilizadas para a construção do texto. A forma de apresentação das referências deve seguir o previsto na última atualização correspondente da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);

10. Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências bibliográficas, com datas exatas de publicação e nomes de autores corretamente grafados;

11. Em artigo que eventualmente apresente ilustrações (gráficos, fotografias, desenhos etc.), estas deverão ser numeradas sequencialmente, com algarismos arábicos e citadas como “Figuras”. Devem ser suficientemente claras (alta resolução) para permitir a sua reprodução com qualidade para publicação. Deverão ser indicados os locais no texto onde as ilustrações serão inseridas;

12. Em arquivo à parte (folha de rosto) deverá ser informado o título do trabalho e o(s) nome(s) completo(s) e endereço do autor principal, incluindo rua, cidade, CEP, estado e país. Informar sua qualificação, nome da instituição e e-mail para contato;

13. Em caso de solicitação de ajustes, dúvidas e/ou informações adicionais o (s) autor (es) será (ão) comunicado via email, possuindo o prazo de até 20 dias para responder com as devidas alterações, a contar da data do envio da mensagem solicitando a intervenção do autor. Em caso de descumprimento do prazo, o artigo poderá não ser publicado;

14. Somente serão avaliados os artigos que estejam dentro das especificações solicitadas;

15. A autorização da publicação de trabalho se dá automaticamente no momento da submissão do trabalho;

16. Não há taxa para submissão e avaliação de artigo;

17. O trabalho, dentro das especificações apresentadas acima, deverá ser encaminhado para o email:

**[publicacoes@cruzazul.org.br](mailto:publicacoes@cruzazul.org.br)**

# A diversidade de formas e opções para o enfrentamento dos sintomas psicossomáticos da dependência química!

**N**o enfrentamento da dependência química existem vários aspectos na área do tratamento que precisam ser visualizados e analisados. A dependência química é comprovadamente uma doença complexa. As drogas sempre acabam por afetar não só a saúde do dependente, mas todas as áreas de sua vida e família, bem como as demais relações sociais. A Organização Mundial da Saúde - OMS reconhece que a dependência química não tem cura, mas que existem formas e meios de estabilizar a doença, ou reduzi-la sensivelmente, oportunizando aos usuários ou dependentes uma melhor qualidade de vida, extensiva aos seus familiares.

Na caminhada diária de enfrentamento, a cada ano, os meios e recursos terapêuticos têm aumentado, impulsionados por diversas pesquisas e inovações tecnológicas.

O primeiro artigo da revista "Cruz Azul Online" apresenta a aplicação prática de uma proposta de um programa de prevenção de drogas em famílias com filhos adolescentes, (famílias com filhos usuários de drogas), em dez encontros estruturados. O artigo se propõe a discutir em família assuntos relacionados à paternidade, adolescência, dependência química e espiritualidade, visando melhoras nas relações familiares e nas habilidades sociais. Objetiva também instruir e melhorar as relações familiares dos pais ou cuidadores com os filhos adolescentes.

O segundo artigo mostra como o uso de substâncias químicas apresentam sinais e sintomas psicossomáticos nas diferentes fases da dependência. Ilustra o quanto tais manifestações são reais - nas três dimensões clássicas: corpo, alma e espírito. Um caso clínico é apresentado a partir do depoimento de um usuário de crack, atendido em uma comunidade terapêutica.

O terceiro artigo procura: situar os grupos de mútua ajuda e analisar os diferentes aspectos que caracterizam tais grupos no contexto da atenção primária à saúde preconizada pela OMS; verificar o amparo de suas contribuições no cenário das políticas sociais de saúde no Brasil; buscar raízes históricas; focar os grupos de mútua ajuda como subgrupo social terapêutico, especialmente aqueles direcionados ao atendimento de pessoas com transtorno por uso de substâncias e seus familiares; e, analisar diferentes aspectos que caracterizam tais grupos. E, traz como conclusão, que os grupos desempenham um importante papel positivo em diversos cenários de atenção psicossocial.

Tenha uma excelente leitura!

Cruz Azul no Brasil

Luis Carlos Ávila

Editor

E-mail: [publicacoes@cruzazul.org.br](mailto:publicacoes@cruzazul.org.br)





---

---

# Intervenção com famílias na prevenção de drogas na adolescência

**Tércio Vieira de Camargo.**

Formado em Missiologia pelo CTMN. Bacharel em Teologia pela FTSA.  
Psicólogo pela FAI. Especialização em Aconselhamento Familiar pela FTSA.  
Mestrando em Psicologia pela UEL.  
E-mail: [terciopsi@gmail.com](mailto:terciopsi@gmail.com)



## Resumo

O presente estudo teve como objetivo elaborar e aplicar um programa de prevenção de drogas em famílias com filhos adolescentes. Como método foi criado um grupo multifamiliar de pais/cuidadores com filhos na adolescência que se reuniram semanalmente em dez encontros estruturados para discutirem assuntos relacionados a paternidade, adolescência, drogadição e espiritualidade visando melhoras nas relações familiares e nas habilidades sociais. Participaram deste estudo três famílias: uma mãe sozinha, e dois casais. O programa teve aceitação dos participantes e cumpriu a função de discutir os temas propostos. Programas como este precisam de maior avaliação qualitativa e estudos longitudinais para avaliar os efeitos em longo prazo.

**Palavras Chaves:** Uso de Drogas. Prevenção. Famílias. Adolescência.

### As Drogas na Atualidade

## Introdução

O uso e abuso de drogas tornou-se um dos maiores problemas sociais e de saúde na atualidade. É um grande desafio para toda a sociedade lidar com a complexidade que envolve o uso de drogas. Há muitos esforços no tratamento e na reabilitação de um usuário, mas poucas ações efetivas quanto à prevenção ao uso. A faixa etária principal de início ao uso de drogas é a adolescência, sendo esta também um período de maior vulnerabilidade na vida (MARQUEZ; CRUZ, 2002), e a prevenção com este grupo torna-se essencial para o não uso em outras fases da vida. No contexto religioso há também muitos esforços direcionados à reabilitação dos usuários, mas poucos esforços na prevenção ao uso. As igrejas cristãs mostram-se desinformadas e despreparadas para lidar com a problemática das drogas na atualidade. As abordagens de prevenção, tanto na igreja quanto em outros ambientes sociais são ações que se resumem em palestras ou aulas informativas sobre as drogas e seus efeitos. Nesse tipo intervenção, há pouca efetividade para que um jovem evite a experimentação ou diminua seu consumo de drogas, frente às demandas que o contexto lhes impõe (DIEHL et al. 2014). Há várias áreas ou domínios que um programa de prevenção pode contemplar: individual, pares, familiar, comunitário e sociedade (DIEHL; FIGLIE 2014, p. 32). E dentre todas essas áreas, a família é a mais importante no desenvolvimento do indivíduo, sendo formadora de sua personalidade e garantindo suporte necessário para o enfrentamento das ofertas de drogas e proteção ao uso ou abuso. Os programas de prevenção com famílias devem contemplar ações que visem fortalecer os laços e relacionamentos familiares. Alguns temas são fundamentais para serem abordados: competências parentais, avaliação das práticas familiares, postura das famílias em relação às drogas, comunicação nolar, treino de habilidades e envolvimento entre pais e filhos (DIEHL; FIGLIE 2014, p. 25). Aplicar um programa de prevenção com famílias a partir do contexto religioso é um grande desafio. É de consenso na comunidade científica que a religião cumpre uma função de proteção, tanto à experimentação quanto ao abuso das drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2007; DALGARRONDO ET AL., 2004), as igrejas cristãs devem conscientizar-se desse fato e fazer uso dele.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar em um ou mais sistemas produzindo alterações em seu funcionamento. No caso das drogas psicoativas (SPA), elas são responsáveis por produzir alterações principalmente no estado mental. Não há uma fronteira clara entre o uso, o abuso e a dependência das drogas, segundo Bordin et. al. (2010), mas sim, uma situação de continuidade, evolução progressiva no nível de consumo. O uso de drogas está mais relacionado à experimentação e a situações esporádicas. O abuso está relacionado a algum tipo de prejuízo, seja biológico, psicológico ou social. A dependência está relacionada ao uso sem controle e com prejuízos mais graves para vida. A evolução dependerá das características psicológicas, genéticas e ambientais. Sobre a relação entre a dependência química e a faixa etária, as evidências demonstram que quanto mais cedo o indivíduo está exposto ao uso de drogas na vida maior é a possibilidade de tornar-se um dependente químico (BORDIM et al., 2010).

Através dos levantamentos nacionais realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), entre estudantes brasileiros, constata-se um crescimento na frequência no abuso de álcool, e em relação a outras drogas, um aumento considerável do uso durante a vida. (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997).

### Família e suas Implicações

Definir família não é uma tarefa fácil. Para Minuchin, et al. (2008, p.35), as famílias são diferentes de acordo com os diferentes contextos históricos, não podendo ser o termo concebido somente a partir de um pequeno grupo relacionado por sangue e compromisso. Minuchin (1999, p.22) define família como “um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança em seu seio. É também uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contato direto, laços emocionais, e uma história compartilhada”.

Para Carter e Goldrick (2001) a família é entendida de acordo com sua etnicidade: a família nuclear, composta pelo pai, pela mãe e pelos filhos, vem de uma concepção americana. A família ampliada, no caso dos italianos, já é entendida como composta por tios, tias

primos, avós onde todos estão envolvidos nas tomadas de decisões, passam pelos ciclos de vida juntos e têm extrema proximidade. Há definições de famílias que vão além dos laços consanguíneos estendendo-se para a comunidade, como é o caso de famílias negras, as quais consideram amigos de longa data como membros da família. Em famílias de chineses a concepção de família inclui todos os ancestrais e todos os seus descendentes, com implicações que refletem em outras gerações. Para Macedo et. al. (2014, p. 64) no Brasil há diversidade na maneira de ser família, assim como muitas configurações familiares e muitas formas de exercer os seus papéis, além das influências culturais e étnicas da diversidade brasileira, do clima e das condições geográficas.

As famílias, assim como a sociedade, estão passando por diversos fatores de transformação sociais, os quais têm influenciado a sua maneira de ser família. Macedo et. al. (2014, p. 64) citam alguns destes fatores: tecnologia, métodos anticoncepcionais, ampliação da legitimação dos casamentos, uniões estáveis entre pessoas de orientação sexual diferente ou igual, mudanças nas divisões de papéis entre homens e mulheres na sociedade e no trabalho. A realidade brasileira traz consigo um fator que influencia diretamente as famílias: a pobreza e situações por elas implicadas, como: renda mal distribuída, falta de políticas públicas para redução de desigualdades, recursos públicos mal administrados, falta de acesso a bens sociais básicos, como alimentação, saneamento básico, saúde, educação e trabalho (MACEDO et al. 2014, p.65).

É normal famílias passarem por períodos de transição. Algumas transições são naturais, pois fazem parte do ciclo de vida normal do desenvolvimento. Seus membros vão mudando e os eventos intervêm para modificar a realidade das famílias. Muitas vezes, os padrões familiares já não estão sendo adequados, e então, enfrentam um período de desorganização. Há uma necessidade de buscar novas formas de resolução que ainda não são conhecidas pela família, e isso acaba desencadeando um processo de tentativa e erro em direção a sua reorganização (MINUCHIN et al., 1999, p.26-27).

Família com filhos adolescentes é um momento do ciclo de vida familiar no qual ocorrem mudanças significativas para três gerações: na vida do adolescente, na vida dos pais e na vida dos avós. Nesse ciclo, exigem-se mudanças estruturais e renegociações de papéis na família. Os adolescentes estão em profunda mudança física e social apresentando demandas por maior autonomia e independência. Os pais estão passando por mudanças próprias da meia-idade, e os avós, enfrentando transformações próprias da velhice (CARTER; MCGOLDRICK, 2001, P.223).

Macedo et al. (2014, p. 65) referem-se mudanças para o adolescente no seu corpo, na maturidade mental, na construção da sua identidade, no processo de diferenciação familiar em busca de afirmação e na autonomia. Com relação aos pais, as mudanças são próprias da meia-idade, como: alterações físicas, necessidade de avaliar os objetivos na vida, fazer um balanço do que foi vivido e metas para o futuro. Os avós estão enfrentando transformações próprias da velhice, e acabam sobrecarregando a família dos filhos, trazendo demandas de cuidados ocasionadas pelas limitações de idade.

As famílias, após um período de discussões e desorganizações nesse ciclo de vida, são capazes de mobilizar recursos para readaptar-se e reorganizar-se permitindo ao adolescente mais independência e autonomia, e aos pais, mais tranquilidade. Mas, quando os recursos da família não são suficientes, geram-se sintomas no próprio adolescente ou em outros membros da família (MACEDO et al., 2014, p. 66). Para estes autores, há ainda pressões e preocupações que as famílias vivenciam relacionadas aos adolescentes quanto à violência, ao fácil acesso às drogas, à sexualidade banalizada, à proliferação de baladas e festas para jovens com livre acesso a álcool e outras drogas.

## Adolescência: Vulnerabilidade para as Drogas

Para fins legais no Brasil o segundo artigo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), (BRASIL, 2013), considera como criança a pessoa até doze anos de idade incompletos; e adolescente, aquele entre doze e dezoito anos de idade. Mas segundo Campos (1987, p. 13), há dificuldade dos diversos autores em estabelecer uma delimitação padrão para o período da adolescência.

Segundo Palacios e Oliva (2004, p.310), a adolescência é um fenômeno mais específico dos séculos XX e XXI. Na história não há uma caracterização desta fase da vida entre a infância e a vida adulta, como a caracterizamos no mundo ocidental desses dois últimos séculos. Alguns fenômenos eram conhecidos em crianças que começavam a questionar a autoridade paterna, estabelecer grupos de iguais, apresentar desejos sexuais e serem indisciplinados. Para Palacios e Oliva (2004) há uma distinção entre a puberdade e a adolescência. A puberdade caracteriza-se por mudanças no corpo físico, preparando-o para a reprodução durante a segunda década de vida. Esse evento seria universal a todos os humanos. Já a adolescência caracteriza-se por fatores psicossociológicos que ultrapassam a puberdade, mas marcam a transição da infância para a vida adulta. Esse fenômeno não seria universal e não apresenta as



mesmas características entre as culturas. Campos (1987, p. 14) contribui dizendo que a idade cronológica geralmente não é um bom indicador para a idade biológica.

Campos (1987) demonstra que vários fatores estão implicados na concepção da adolescência, por isso a dificuldade de estabelecer uma delimitação desse ciclo de vida: aspectos fisiológicos, como a puberdade, a maturidade sexual, a maturação para os gêneros são diferentes; questões sociais, como escolaridade e maioridade, maturidade nas relações sociais; aspectos psicológicos, como desenvolvimento da personalidade, fatores emocionais na resolução de conflitos internos. No entanto, para a autora é possível observar que a maioria desses eventos ocorre normalmente entre os 11 e 21 anos de idade.

Os fatores sociais também são de extrema importância na compreensão da adolescência. As constantes mudanças das últimas décadas no país precisam ser levadas em consideração para entender a realidade dos adolescentes. A explosão tecnológica é um destes fatores que segundo Seixas (2014, p. 182) trouxe algumas consequências negativas como: ausência de valores definidos e de sentimento de vida; invasão da tecnologia que satura o mundo de informação; interferência da tecnologia na economia gerando alto consumismo; extrema competitividade e acúmulo de bens com descartes rápidos; a globalização cria novas condições sociais e culturais; culto ao narcisismo; alienação da sua própria realidade social; necessidade de prazer imediato; ego sem fronteiras que se afasta das crenças tradicionais; falta de objetivos de vida; dificuldade de sentir solidariedade, compaixão amor. A autora refere-se a isso como cultura de violência, onde não há realmente a preocupação com o outro.

Tratando de violência juvenil, Seixas (2014, p. 185) cita o trabalho de Weissfeld, o qual justifica esse fenômeno como totalmente social e cultural, atribuindo a inadequação das famílias em criar seus filhos às transformações atuais. Há carência no repertório de padrões, valores e visão da realidade nas famílias, que favoreça o desenvolvimento psicossocial dos filhos. Com respeito ao consumo de drogas na juventude Diehl e Figlie (2014, p. 41) fazem menção aos achados de pesquisa do Nacional Institute on Drug Abuse dos Estados Unidos (NIDA) - instituto americano de estudos sobre drogas - que demonstraram maior risco de experimentação e abuso de drogas nos períodos de transição da vida das crianças. São transições no desenvolvimento físico, como a puberdade; transições de situações sociais, como: mudança de cidade, mudança de escola ou separação dos pais. Schenker e Minayo (2005, p. 708) também fazem menção que a adolescência é um período crucial para o início do uso

de drogas, seja como mera experimentação seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo. No entanto, Campos (1987, p.97) afirma que é necessário haver condições psíquicas favoráveis para um adolescente tornar-se dependente de drogas e isto está ligado a um mau desenvolvimento dos fatores biopsicossociais. Famílias e Prevenção A prevenção ao uso de drogas ainda é um campo a se explorar e valorizar. Figlie e Diehl (2014, p.25) descrevem quatro princípios gerais e fundamentais de prevenção baseados na lista de princípios do NIDA: 1) Programas de prevenção devem almejar aumentar os fatores protetivos e reverter ou reduzir os fatores de riscos ao uso e abuso de drogas; 2) Os programas de prevenção devem abordar todas as formas de abusos e todos os tipos de drogas, as lícitas e ilícitas; 3) os programas de prevenção devem abordar o tipo de problema decorrente do consumo de drogas na comunidade local; 4) os programas de prevenção devem ser adaptados para levar em consideração o seu contexto ou público-alvo, visando melhorar a sua eficácia. Os programas de prevenção focados em famílias devem seguir princípios que visem fortalecer os laços familiares e relacionamentos os quais incluam competências parentais, discussões sobre as práticas familiares e posturas, comunicação no lar, educação e instrução da família em relação ao uso de drogas. O treino de habilidades parentais fortalece as relações entre pais e filhos e as intervenções breves voltadas para a família podem alterar positivamente o comportamento dos pais e refletir na redução de risco ao uso e abuso (FIGLIE; DIEHL, 2014, p.25-26). Para Schenker e Minayo (2005, p 708-709), alguns fatores de risco referem-se a características individuais; outros estão relacionados ao seu meio microsocial, como família e escola, e outros ainda a condições estruturais e socioculturais mais amplas. Haveria então uma interação de fatores sociais, intrapsíquicos e biológicos para concretizar-se um perigo ao consumo de drogas. Wagner e Oliveira (2007, p. 111) apontam, principalmente, para a falta de formação de habilidades sociais na adolescência para o enfrentamento da oferta de drogas. Em uma pesquisa com adolescentes em situação de risco, por viverem em uma comunidade de baixa renda e exposição ao tráfico de drogas constante, buscou-se identificar os fatores que levavam alguns jovens desta comunidade a não experimentarem e não fazerem uso de drogas. Segundo a pesquisa foram fatores de proteção: a informação adequada sobre as drogas e bons laços afetivos entre pais e filhos, com sentimentos de cumplicidade e respeito (SANCHES et al. 2005). A religiosidade é apontada como um dos fatores impor-

tantes na proteção contra o uso de drogas. Há um consenso na comunidade científica de que a prática religiosa e a espiritualidade têm servido como fator de proteção contra o uso e abuso de drogas. A religiosidade pode ser entendida nos termos de frequência constante a uma igreja, a prática dos conceitos propostos por uma religião e a importância dada à religião e à educação religiosa prestada na infância (SANCHEZ; NAPPO, 2007, p. 79). Na adolescência, Dalgarrondo et al. (2004, p. 88-89) avaliam quatro dimensões da religiosidade relacionada ao uso de drogas: afiliação religiosa, frequência a cultos, auto avaliação geral quanto à religiosidade, e educação religiosa na infância. Excluindo-se a frequência religiosa, as outras três variáveis estão ligadas diretamente a “quanto mais religioso menos uso de drogas”. Sua pesquisa indicou que a internalização de normas e valores, e as atitudes morais e religiosas foram mais importantes fatores protetivos ao não uso de drogas, do que a própria prática religiosa com caráter social, como por exemplo, apenas frequentar um culto ou missa. A educação religiosa na infância aparece como principal fator inibidor ao uso de drogas entre adolescentes.

No guia do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – (UNODC, 2014), as famílias que formam indivíduos mais resistentes são aquelas nas quais os pais dão bom suporte, incentivam os filhos à independência, estão atentos ao cumprimento das regras, são justos no cumprimento da disciplina. Somado a esses, outros fatores importantes são um ambiente familiar organizado, relações de apoio, crenças familiares, coesão e flexibilidade familiar, solução de problemas e habilidades de enfrentamento com boa comunicação no lar. Um lar caótico e o desajuste familiar são os principais fatores de risco para abuso de drogas.

## Aplicação do Programa de Prevenção

**OBJETIVO PRINCIPAL:** o programa teve como objetivo proporcionar para as famílias participantes o fortalecimento dos vínculos familiares entre seus membros, direcionando ações preventivas para com adolescentes.

**GRUPO DE FAMÍLIAS:** foi formado um Grupo de Multifamílias (GM), que se reunia em dez encontros estruturados semanalmente. O grupo de famílias foi fechado, não sendo possível outra família ser inserida após o início. Como pioneiros em trabalhos terapêuticos com multifamílias, Holzmann e Grassano (2002) descrevem o trabalho desenvolvido por H. Peter Laqueur a partir do atendimento de famílias de esquizofrênicos e de George H. Orvin em atendimento grupal de famílias de adolescentes que estavam sob seus cuidados. Segundo Holzmann e Grassano há vários fatores eficazes no processo dos grupos multifamiliares:

- a) A conscientização de que outros passam pelas mesmas dificuldades ajuda a enfrentar o problema;
- b) A percepção de que outros cresceram, superaram suas dificuldades ou encontraram novas formas de enfrentá-las dá forças para continuarem lutando, baseados na esperança de conseguir o mesmo resultado;
- c) A possibilidade de ajudar e ser ajudado por alguém que tem uma situação semelhante gera competência e força;
- d) Forma-se uma rede de apoio, na qual todos se sentem aceitos com suas idiossincrasias;
- e) A aprendizagem feita por uma família serve de modelo para outras que pertencem ao grupo;
- f) A possibilidade de experimentar novas atitudes e poder compartilhar com o grupo pode dar-lhe feedback, encorajamento e apoio.

**METODOLOGIA DOS ENCONTROS:** um trabalho atual, de orientação e prevenção familiar sistêmica, desenvolvido com famílias, serviu de base para a confecção deste projeto. O trabalho denominado de “Papo Família” das autoras Maria Renata Coelho e Cristina M. E. Berthoud tem como proposta de intervenção a promoção de saúde emocional e relacional auxiliando as famílias na missão de criar e educar filhos de forma saudável (BERTHOUD; COELHO, 2001).

**METODOLOGIA PARA ASSUNTOS E TEMAS:** outro material que serviu de base para confecção do programa foi o guia do UNODOC (2014) o qual propõe algumas normas no trabalho com famílias. Algumas características estão associadas a resultados positivos na prevenção com famílias. Segundo essas normas, as evidências disponíveis indicam:

- a) O fortalecimento do vínculo familiar, ou seja, o vínculo entre pais e filhos;
- b) Os pais recebem apoio e orientação sobre como assumir uma função mais ativa na vida de seus filhos, por exemplo, monitorar suas atividades e amizades, e como participar na sua aprendizagem e educação;
- c) Os pais aprendem como aplicar disciplina positiva e adequada ao desenvolvimento de seus filhos;
- d) Apoio aos pais sobre como ser um modelo para seus filhos.

Além disso, as seguintes características de intervenções parecem, também, estar associadas com resultados positivos de prevenção:

- e) Sessões organizadas de forma a tornar mais fácil e atraente a participação dos pais (por exemplo, horário fora do período de trabalho, alimentação, creche, transporte, pequena recompensa ao concluir as sessões, etc.);
- f) Geralmente um grupo de sessões (cerca de 10 sessões, ou mais no caso de atividades com pais provindos

de comunidades marginalizadas ou carentes ou no contexto de um programa de tratamento em que um ou ambos os pais sofrem de dependência de substâncias);

g) Geralmente inclui atividades para os pais, filhos e toda a família;

h) Sessões administradas por indivíduos treinados, em muitos casos, sem qualquer outra qualificação formal.

**PÚBLICO-ALVO:** esse projeto teve como público-alvo pais e cuidadores com pelo menos um dos filhos no período da adolescência. O importante seria que todos os adultos envolvidos na educação desses filhos pudessem participar deste programa, mas uma única pessoa adulta seria aceita. Os filhos não poderiam participar dos encontros, com exceção do último, do qual todos os membros da família deveriam participar. Não era necessário que algum dos filhos tivesse envolvimento com as drogas. Se houvesse algum uso de drogas esse deveria ser de leve a moderado. A proposta do grupo não era de tratamento do abuso ou dependência de drogas e sim prevenir o uso ou agravos.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA:** o projeto foi aplicado em um contexto religioso, a partir de uma igreja evangélica, a Igreja Presbiteriana, no bairro da Vila Nova em Londrina (PR), e estava aberto à participação dessa comunidade. Não houve adesão de pessoas dessa igreja, mas pessoas de outras localidades formaram o grupo.

**SUJEITOS:** participaram dois casais e uma mãe. Família Almeida – casal participante com dois filhos

homens, um de vinte e cinco e o outro de vinte e oito anos. O filho mais velho é dependente de cocaína desde a adolescência. Esse jovem tem uma filha de nove anos, que aos finais de semana fica na casa dos avós. Há uma grande preocupação do casal participante em receber orientação, tanto para lidar com o filho usuário, quanto para ajudar na educação da neta. Eles são participantes ativos de uma igreja evangélica de Londrina na zona leste da cidade, mas o filho dependente não mais frequenta a igreja, apesar de ter sido batizado na adolescência. Família Pereira - casal participante com dois filhos homens, um de dezoito e outro de vinte e um anos. O menor é usuário ocasional de maconha e cocaína, e nos últimos meses, segundo os pais, não está consumindo. O outro filho é do tipo que nunca deu trabalho para os pais. Os pais são ativos na igreja evangélica que frequentam na zona norte da cidade, e o filho usuário deixou de frequentá-la após surgirem comportamentos problemáticos relacionados ao uso. Família Costa – mãe participante com uma filha de quinze anos. A mãe é separada há três anos de um homem que foi usuário de drogas, principalmente cocaína. Mãe e filha moram sozinhas. A mãe é católica ativa, mas a filha vai pouco à igreja. A mãe procurou o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), pois a filha vinha apresentando comportamentos agressivos e antissociais. Na ocasião em que convidamos para os encontros, a mãe havia descoberto naquela semana a experimentação de maconha por parte da filha.

Objetivos	Estratégias	Aplicação
<b>1. ENCONTRO: ACOLHIMENTO</b> - Acolher. - Apresentação do programa. - Integrar os participantes. - Refletir sobre autoconhecimento. - Estabelecer o contrato grupal.	- Recepção e entrega de crachás. - Apresentação do programa. - Dinâmica: A origem do nome. - Dinâmica: Folha de papel amassada.	- Escolha conjunta de uma foto familiar antiga. - Realização (tirar) de uma foto recente da família.
<b>2. ENCONTRO: MINHA FAMÍLIA</b> - Desenvolver a identidade familiar. - Conhecer a história familiar. - Perceber a família.	- Compartilhamento da aplicação. - Dinâmica: Desenho da família. - Texto: A pipoca.	- Realização de uma refeição formal em família à mesa.
<b>3. ENCONTRO: Vínculos</b> - Fortalecer os vínculos familiares. - Identificar papéis familiares.	- Compartilhamento da aplicação. - Dinâmica: Rolo de barbante. - Descrição dos papéis familiares. - Dinâmica: Auto avaliação.	- Ajudar o filho em alguma atividade (escola, trabalho).

Objetivos	Estratégias	Aplicação
<b>4. ENCONTRO: COMUNICAÇÃO</b> - Melhorar a comunicação no lar. - Dialogar sobre drogas.	- Compartilhamento da aplicação. - Dinâmica: Cego e guia. - Reflexão do padrão de comunicação. - Texto acerca de dialogo sobre drogas.	- Dialogo com os filhos sobre as drogas.
<b>5. ENCONTRO: INTERAÇÃO</b> - Fortalecer a interação familiar. - Desenvolver estratégias para resolução de conflitos.	- Compartilhamento da aplicação. - Dinâmica: Pirulito. - Texto: Lista de discórdias. - Dinâmica: Massinha.	- Realização de atividade lúdica juntos, como jogos, passeios...
<b>6. ENCONTRO: Adolescência</b> - Clarificar a fase da adolescência. - Identificar necessidades.	- Compartilhamento da aplicação. - Dinâmica: Balões da adolescência. - Texto: Necessidades da adolescência. - Dinâmica da Árvore.	- Fortalecimento de um ponto fraco do relacionamento.
<b>7. ENCONTRO: Fatores de Risco e Protetivos</b> - Identificar fatores de risco para uso de drogas e protetivos contra ele. - Fortalecer o monitoramento dos filhos.	- Compartilhamento da aplicação. - Quadro de situações de risco e protetivos. - Monitoramento.	- Levantamento de dados para monitoramento dos filhos.
<b>8. ENCONTRO: Espiritualidade</b> - Clarificar a espiritualidade como fator de proteção contra o uso de drogas.	- Compartilhamento da aplicação. - Texto: Espiritualidade e família. - Dinâmica: Os quatros cantos. - Relatos de experiência religiosa.	- Realização de uma atividade religiosa em família.
<b>9. ENCONTRO: Resiliência</b> - Valorizar a resiliência familiar. - Avaliar o projeto.	- Compartilhar a aplicação. - Dinâmica: Linha da vida. - Avaliação do programa. - Avaliação das mudanças.	- Presença de toda a família para socialização no próximo encontro.
<b>10. ENCONTRO: Socialização</b> - Socializar as famílias. - Realizar a certificação do programa.	- Depoimentos. - Vídeo motivacional: Resiliência. - Certificação.	- Fortalecimento da resiliência familiar.

**AValiação DO PROJETO:** a avaliação do projeto deu-se pelo método qualitativo através das respostas verbais dos participantes ao longo do processo. Após cada encontro havia um parecer sobre o encontro, tema proposto e as atividades. No final do programa foi realizada uma avaliação geral dele com os pais. Os filhos também contribuíram no último encontro, fazendo relatos e depoimentos de como viam mudanças no comportamento dos pais e no ambiente familiar.



## Conclusão

Este projeto foi um ensaio, estruturado em dez encontros para instruir e melhorar as relações familiares dos pais ou cuidadores com os filhos adolescentes. Foi aplicado em um grupo pequeno de pais e a avaliação que estes fizeram do projeto foi muito positiva. A avaliação foi qualitativa, baseada apenas nos relatos dos participantes, o que não garante sua efetividade. Alguns fatores são passíveis de discussões: não foi uma avaliação experimental controlada para averiguar se realmente os conteúdos das sessões foram responsáveis pelas mudanças relatadas; não foi estruturado um *followup* para avaliar se as mudanças vão persistir com o tempo; os pais em questão já haviam recebido informações e apoio em outros serviços de álcool e drogas anteriormente, como CAPS i e Grupos de Mútua-Ajudade, o que dificulta avaliar se foram os conteúdos do programa de prevenção e/ou esses serviços responsáveis por mudanças. Há outros fatores que foram avaliados:

**APLICAÇÕES EM CASA** - demonstraram um grande poder de aproximação e interação familiar. Os relatos das aplicações em casa expressavam um bom nível de satisfação de todos, quando eram executadas. Muitos começaram a reproduzir algumas aplicações, tentando torná-las um hábito familiar, como por exemplo, as refeições em famílias sentados à mesa, o uso de jogos como processo de lazer e a realização de atividades juntos, como os passeios.

**GRUPO DE PARES** - a interação grupal entre pessoas que compartilham da mesma situação de vida foi fundamental para a troca de experiências. A identificação grupal fez com que houvesse motivação para os próximos encontros e aprendizagens durante a aplicação do projeto.

**CONTENÇÃO DE ANGUSTIA** - o projeto não tinha como intenção promover fatores terapêuticos, e sim promover a informação e as habilidades sociais, mas, em muitos momentos, o processo grupal servia como contenção de angústia e alívio de estresse nos relacionamentos familiares relatados.

**FÉ E RESILIÊNCIA** - o tema da fé somado à resiliência estava presente no compartilhar do grupo, servindo de base de esperança para mudanças nos relacionamentos familiares.

**APLICATIVO WHATSAPP** - essa ferramenta de comunicação via celular demonstrou-se eficaz para promover a interação e comunicação do grupo fora dos encontros. Havia um constante compartilhar de fotos e mensagens de ânimos por todos.

**EXCLUIR OS FILHOS** - não foi um bom procedimento. No último encontro, quando os filhos puderam participar com suas opiniões, esses relataram que gostariam de ter vindo aos encontros e contribuir. Essa modali-

dade precisa ser avaliada melhor para novos projetos.

**POUCOS ENCONTROS** - Apesar da literatura mostrar que dez encontros é um número suficiente para encontros de grupos nesta proposta, os participantes sentiram a necessidade de continuidade. A proposta é ampliar os encontros ou promover encontros de acompanhamento ao longo do tempo.

**MUITAS ATIVIDADES NOS ENCONTROS** - Praticamente em todos os encontros houve dificuldade para manter todo o programa proposto de dinâmicas e discussões. As atividades do programa precisam ser repensadas na proposta de tempo.

O programa precisa ser desenvolvido com outros grupos de famílias e em outros ambientes e contexto para se averiguar sua funcionalidade no que se propõe: ser uma ferramenta prevenção de drogadição com famílias que possuem filhos na adolescência.

O programa completo e detalhado está disponível gratuitamente em:  
[www.terciopsi.wixsite.com/treinamentodepais](http://www.terciopsi.wixsite.com/treinamentodepais)

## Referências bibliográficas:

BERTHOUD, Cristina M.E.; COELHO, Maria Renata M. (Org). Manual de orientação familiar sistêmica: O projeto papo família na comunidade. Taubaté: Editora Casa Cultura, 2011.

BODIN, Selma et al. Sistemas diagnósticos em dependência química - conceitos básicos e classificação geral. In: FIGLIE, Neliana B. et al. Aconselhamento em dependência química. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2010.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná, 2013.

CAMPOS, Dinah M.S. Psicologia da Adolescência. 16ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. et al. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

DALGALARRONDO, Paulo et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, Jun. 2004.

## Referências bibliográficas:

DIEHL, Alessandra; FIGLIE, NelianaBuzi (Orgs). Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer? Porto Alegre: Artmed, 2014.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 1997.

HOLZMANN, M. Eneida; GRASSANO, S. Maria. Multifamílias: construção de redes de afetos. Curitiba: Integridade, 2002.

MACEDO Rosa Maria S. et al. Terapia de famílias com filho adolescentes: Abordagem Sistêmica. In: CASTANHO, Gisela M. P.; DIAS, Maria Luiza (Org). Terapia de famílias com adolescentes. 1ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

MARQUES, Ana Cecília PettaRoselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 32-36, 2000

MINUCHIN, et al. Dominando a terapia familiar. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

MINUCHIN, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador. Trabalhando com famílias pobres. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1993.

PALACIOS, Jesús; OLIVA, Alfredo. Adolescência e seu significado evolutivo. In: Desenvolvimento psicológico e educação – Psicologia Evolutiva. 2ª Ed., Artmed: Porto Alegre, 2004, vol1.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, Set. 2005.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 73-81, 2007.

SANCHEZ, Zila van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005 .

SEIXAS, Maria R. D. O contexto da adolescência do mundo atual. In: CASTANHO, Gisela M. P.; DIAS, Maria Luiza (Org).Terapia de famílias com adolescentes. 1ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p.181-186.

UNODC. Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime. Normas Internacionais. Sobre a Prevenção do uso de Drogas. 2014.

WAGNER, Marcia Fortes; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. Psicol. clín., Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 101-116, Dec. 2007.



---

---

# Os sintomas psicossomáticos no dependente químico

**Ana Célia Almeida.**

Especialista em Psicologia da Saúde pela UniFil.  
Especialista em Aconselhamento Hospitalar – ISBL. Bacharel em Psicologia – UCDB.  
Psicóloga, CRP 08/10408. Londrina – PR.  
E-mail: [ana\\_celia\\_almeida@yahoo.com.br](mailto:ana_celia_almeida@yahoo.com.br)



## Resumo

O presente trabalho pretende mostrar como o uso de substância química apresenta sinais e sintomas psicossomáticos nas diferentes fases da dependência. Através de uma experiência de um caso clínico apresentado por um usuário de crack, atendido em comunidade terapêutica, pode-se identificar a existência de influência e relação direta dos efeitos e consequências da droga e sintomas psicossomáticos que atingem a mente e o corpo do dependente, tanto no período inicial a fase da fissura, quando o desejo compulsivo pela droga é excessivo, como durante o uso, e após, na síndrome de abstinência. Portanto, é importante fazer-se um diagnóstico complexo dos sintomas psicossomáticos relacionados à dependência química, nos aspectos biopsicossocial e espiritual, para que o dependente químico seja tratado conforme a sua personalidade e características de comportamento e, ao mesmo tempo, de forma integral: corpo, alma e espírito, e no seu psiquismo como um todo, resgatando o seu potencial tornando ele responsável pelas suas escolhas e pelas possíveis consequências do uso de SPA – substâncias psicoativas. Por meio da percepção de sinais que antecedem as recaídas, poderá evitá-las mudando de atitudes e hábitos, aprendendo a ter mais consciência de si e obter melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Sintomas Psicossomáticos. Crack. Dependência Química.



## Introdução

N atualidade, o alto índice de consumo de diversas substâncias psicoativas tem sido alvo de muita preocupação por parte da saúde pública e da sociedade em geral. É no caso do crack, em particular, com o seu poder de causar dependência intensa de forma rápida, o qual tem conseguido atingir pessoas de todas as camadas sociais, econômicas e culturais, trazendo consequências nefastas, desde alterações comportamentais por parte do dependente e conflitos nos relacionamentos familiares, até prejuízos sociais e financeiros e de saúde e segurança pública, fato que tem estimulado a realização de estudos em busca de um aprofundamento na compreensão das causas e efeitos das drogas no organismo e um tratamento adequado para cada caso específico.

### Dependência Química

Como relata Gurfinkel (1996, p.167), “a dependência do toxicômano atinge uma intensidade limite que implica em uma nova qualidade, a escravidão ante o objeto que se torna objeto exclusivo de um prazer necessário”.

O dependente químico tem como características de personalidade e comportamento: baixa autoestima, rejeição, abandono, carência afetiva, insegurança, medo, raiva, tristeza, culpa, arrependimento, vergonha, ambivalência (ama e odeia ao mesmo tempo), egoísmo, mentira, chantagem emocional, oscilação do estado de humor, impulsividade, imaturidade, agressividade, baixa tolerância à frustração, transtornos de conduta entre outras que comprometem até o seu caráter; esses comportamentos são mencionados pelo próprio dependente, e provêm de informações e relatos colhidos durante a *anamnese* e no decorrer do tratamento. Tais atitudes podem levar a cometer infrações, desde pequenos delitos até crimes mais graves, tais como: furtos, assaltos, tráfico de drogas, prostituição e até mesmo homicídio para obter a droga e sustentar o próprio vício, principalmente no caso do crack, no período mais crítico dessa dependência. Em função disso o dependente é tratado com discriminação e preconceito, prejudicando ainda mais a sua imagem na sociedade e

A síndrome de Dependência, segundo a Classificação Internacional de Doenças, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1992) é descrita por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância – ou uma classe de substâncias – alcança uma prioridade maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham valor (FIGLIE, 2004, p.3).

interferindo de forma negativa no decorrer do tratamento.

Dentro do contexto social é preciso entender o dependente como sendo um ser exclusivo em suas particularidades, como indivíduo inserido em um sistema onde é vítima e, ao mesmo tempo, agressor, sendo muitas vezes cobrado e julgado injustamente pela sociedade.

Devemos observar o que está por trás da sua história de vida e das suas necessidades individuais, para que ele receba um tratamento adequado nas diferentes fases da sua dependência, seja no uso esporádico, frequente ou abusivo, seja na fissura, na abstinência e nas recaídas.

Constata-se que a psicossomática tem uma grande contribuição para a compreensão da dependência química, pois possibilita ao dependente estar mais consciente de sua doença e observar o que acontece no seu organismo, tornando-se consciente por suas escolhas.

Através do autoconhecimento, o qual é um processo de descobertas para despertar o potencial que habita em cada dependente, levando-o a uma fonte de aprendizagem para buscar respostas e modificar a própria história, pode-se, assim, encarar a doença como um desafio a ser enfrentado para atingir o equilíbrio entre mente e corpo.

Durante atendimento psicológico realizado com dependentes químicos, por meio de observações e relatos, sobre as fases da dependência, o paciente descreve a presença de sintomas psicossomáticos que ficam evidentes, principalmente, na fase de fissura. A fissura pode ocorrer antes de usar substâncias psicoativas e também durante a fase de abstinência no período de tratamento.

Portanto, houve interesse em pesquisar sobre a relação da psicossomática com a dependência química e de que forma o dependente pode identificar os sinais de alerta preliminares à recaída e identificar um caminho alternativo, por meio da percepção antecipada dos sintomas, evitando as recaídas, e de como isso poderá ajudá-lo a permanecer em abstinência num período mais prolongado do seu tratamento.

### Psicossomática

Psicossomática é uma abordagem que estuda a integração entre mente e corpo. Todo o ser humano é psicossomático, pois a cada sentimento ou emoção, o corpo reage com hormônios e sinapses feitas através de neurotransmissores.

Transtorno Psicossomático é o conjunto de sintomas estabelecidos na relação mente corpo, alterando o estado emocional e refletindo em patologia somática, podendo levar ao adoecimento físico, psíquico e espiritual. O sintoma pode se manifestar no corpo ou na mente, mostrando que há um desequilíbrio.

O dependente químico apresenta sinais e sintomas psíquicos e físicos, tanto no período de uso abusivo



e prolongado da substância química como na fase da existência, como se fosse uma morte em doses “homeopáticas”; não tem mais prazer em viver, não suporta mais tanta frustração, podendo o seu estado, muitas vezes, levá-lo à tentativa de suicídio e até a desenvolver uma doença psicótica e, em último estágio, chegar a ter uma parada cardiorrespiratória em função de overdose, entrar em coma e até vir a óbito.

Observa-se, por meio da queixa do dependente químico, o pano de fundo da dependência das drogas, os relatos de sofrimento psíquico e físico relacionados ao passado e registrados no inconsciente, tais como: traumas físicos e psicológicos, apegos e perdas, sentimento de culpa, rejeição, ressentimentos, medos, dúvidas e incertezas com relação ao futuro, trazendo, de certa forma, angústia e ansiedade, depressão e frustração em virtude de desejos não cumpridos, levando-o a somatizar alguns sintomas e a uma necessidade de buscar compulsivamente a droga como forma de aliviar a sua dor emocional e os sintomas físicos do uso abusivo das drogas.

No início da dependência, alguns sintomas psíquicos podem contribuir para com o uso de droga, tais como: ansiedade, angústia e stress, levando-o a um comportamento compulsivo; o uso prolongado da droga vem acompanhado, posteriormente, de uma depressão por não ter as suas expectativas preenchidas ou de um sentimento de frustração em relação aos valores pré-estabelecidos. Como consequência, vêm os sentimentos de arrependimento, culpa e vergonha diante de si, da família e da sociedade.

Tudo isto também pode estar relacionado com o fato de se calar diante de uma dor emocional ou de um trauma inconsciente do passado, podendo ser a causa inicial dos seus conflitos por não ter sido tratado de forma terapêutica adequada, quando os primeiros sinais apareceram, com isso, os sintomas podem agravar-se e o indivíduo reprime cada vez mais os seus sentimentos e num determinado momento ele precisa uma “válvula de escape” como fuga para amenizar tanto sofrimento.

É nesse contexto que a droga entra como um objeto da busca pelo prazer e satisfação, um anestésico para dar alívio imediato, o qual dura apenas alguns segundos, e, após o uso intenso e prolongado dessa substância, ocorre um período de desprazer, com sintomas de depressão que poderão causar sequelas físicas e psíquicas. Portanto, os sintomas psicossomáticos aparecem, no período de uso abusivo e compulsivo das substâncias psicoativas, quando ocorrem alterações do humor, delírios visuais e auditivos, alucinações, ideias suicidas, paranoia, fobias. Sendo esses sintomas variáveis de acordo com o período, a quantidade e o tipo de

droga utilizada e com a personalidade de cada indivíduo.

## Conclusões

Os sintomas psicossomáticos interferem diretamente na dependência química em suas diferentes fases, principalmente na fissura; as sensações físicas e psíquicas do dependente podem ajudá-lo a se conhecer melhor; pela identificação de sinais de fissura poderá evitar as recaídas.

O dependente químico possui características de personalidade bastante variáveis; podemos observar que os sintomas de ansiedade levam-no a ter atitudes impulsivas e comportamentos compulsivos que influenciam diretamente nos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual, ocorrendo isso desde a fase inicial, passando pela fase crítica e abusiva da dependência, na fissura e até na abstinência.

A dependência química é uma doença bastante complexa, a qual apresenta sintomas psicossomáticos, pois, em todas as fases de uso, o dependente relata sensações psíquicas que resultam em sintomas físicos em decorrência da sua dependência.

É preciso ter sensibilidade e percepção para se descobrir o que está inconsciente, por trás do universo psíquico do dependente, para identificar a causa da ferida emocional, e trazer à consciência e à memória a responsabilidade pelas escolhas feitas, pelo seu tratamento e pela sua recuperação, a fim de poder enfrentar a realidade e aliviar a dor emocional que o consome, enquanto é consumido pelas drogas, as quais levam a sintomas físicos e psíquicos; por meio da sua fala, expressando os seus temores e angústias, evita-se, assim, maiores consequências, resgatando e valorizando o potencial humano, adormecido e anestesiado pelas drogas.

E, a partir do momento presente, a verbalização dos seus conflitos vivenciados no passado e, dos traumas e tragédias que a dependência gera, desenvolverá a motivação para cura, procurando ocupar-se com trabalho, atividades físicas e culturais, que preencham o tempo e levem a um melhor aproveitamento do seu rendimento e da sua criatividade.

O dependente químico deve ser tratado como um ser psicossomático, com mente e corpo integrados; não basta ver os sintomas físicos e as sequelas que ocorrem com o uso das drogas; é necessário busca a identificação da causa do uso das drogas, o seu fortalecimento psíquico para evitar situações de risco que o levam a recair, promovendo mudanças e desenvolvimento de hábitos saudáveis, eliminando atitudes e comportamentos repetitivos que reproduzem os mesmos resultados.

O tratamento e recuperação devem abordar o biopsicossocial e o espiritual, de forma sistemática, com disciplina, para que se tenha êxito. O dependente tem condições plenas de ter o domínio total dos seus desejos e impulsos, aprendendo a lidar com suas frustrações e perdas e aceitá-las.

É preciso que o dependente químico aprenda a ter força de vontade, determinação para evitar as recaídas e obter sucesso no seu tratamento e a superar os traumas emocionais e enfrentar a realidade em que vive. Caminhando com esperança para um futuro cada vez melhor, com mais qualidade de vida, longe e livre das drogas, para se tornar um vencedor na sua própria existência e produtivo e vitorioso na sociedade.

Enfim, a psicossomática tem a sua importância e contribuição na dependência química para identificar a presença de sintomas nas diferentes fases da doença. Desse modo, deseja-se despertar o interesse de outros profissionais da saúde em desenvolver pesquisas

científicas com esse tema, as quais possam contribuir para que os resultados sejam satisfatórios, beneficiando o dependente químico, o qual tem sofrido muito em nossa sociedade, para que ele aprenda a perceber-se como ser integral, mente, corpo e alma, tendo mais consciência das escolhas que faz, assumindo a responsabilidade por elas e as consequências delas para a sua realidade.

## Referências bibliográficas:

FIGLIE, Neliana Buzi e col. Dinâmicas de grupo aplicadas no tratamento da dependência química. São Paulo: Roca, 2004. 298p.

GURFINKEL, Décio. A pulsão e o seu objeto-droga - estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis: Vozes, 1996. 294p.

MELLO FILHO, Júlio de; e Cols. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artemed, 1992. 616p.





---

---

# Grupos de mútua ajuda e sua contribuição ao enfrentamento de patologias biopsíquicas

**Oswaldo Christen Filho.**

Psicólogo clínico com especializações em “Dependência química e comunidade terapêutica” e “Intervenção cognitiva e aprendizagem mediada”, com larga experiência em tratamento de dependentes químicos e seus familiares, inspirações à autoria de três livros e diversos artigos relacionados à área. Reside em Blumenau (SC).

E-mail: [christenfilho@gmail.com](mailto:christenfilho@gmail.com)



## Resumo

**É** inegável em âmbito mundial a existência de grupos de mútua ajuda no contexto de atenção dispensada e enfrentamento de transtornos de ordem psíquica, mas também de outras patologias, seja em contexto hospitalar ou fora dele. Situar os grupos de mútua ajuda no contexto de atenção primária à saúde preconizada pela OMS; verificar o amparo de suas contribuições no cenário de políticas de saúde brasileiras; buscar raízes históricas; focar os grupos de mútua ajuda como subgrupo social terapêutico, especialmente aqueles direcionados ao atendimento de pessoas com transtorno por uso de substâncias e seus familiares; e analisar diferentes aspectos que caracterizam tais grupos foram os principais objetivos de estudo do presente artigo. Concluiu-se serem eficazes e efetivos os grupos de mútua ajuda, especialmente os dirigidos às pessoas com transtorno por uso de substâncias e seus familiares, uma vez que tais grupos zelem por manter a assimetria exigida entre dirigentes e participantes e se constroem pontes de relacionamento com a rede de atenção psicossocial no território em que se encontram inseridos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mútua ajuda. Grupos terapêuticos. Dependência química. Transtorno por uso de substâncias.

### Introdução

No Brasil, não exclusivamente no contexto de organizações não-governamentais, encontra-se uma modalidade de atenção a pessoas que sofrem com transtorno por uso de substâncias e pessoas ligadas a estas - os grupos de mútua ajuda. Alguns exemplos desses grupos são os Alcoólicos Anônimos - AA; os Neuróticos Anônimos - NA; Amor Exigente; Grupos de Apoio e Mútua Ajuda da Cruz Azul, e Fumantes Anônimos (GUTJAHR, 2010).

Ainda outros grupos de mútua ajuda em contexto comunitário podem ser citados, como grupos de mulheres vítimas de violência; de dependentes de jogo, sexo, tecnologia ou outros tipos de adicção. Já em contexto hospitalar, encontram-se grupos de pacientes de doenças crônicas; cardíacos; diabéticos; em tratamento do câncer; portadores de HIV/AIDS; portadores de estresse pós-traumático, e de outras patologias.

À vista dos exemplos de grupos de mútua ajuda citados anteriormente, algumas perguntas mobilizam a curiosidade e incentivam estudo dos mesmos: Seria a presença mundial desses grupos um indicador de sua eficácia? Por que pessoas se reúnem, falam de si para as outras, ouvem-se mutuamente, separam-se e se re-encontram periodicamente, ressignificando, assim, entre outros, suas vidas? O que mantêm os participantes com relativa coesão durante variados períodos de tempo nesses grupos? Existem ganhos psicoterapêuticos que auxiliam na superação de dificuldades e limitações impostas por doenças e, ou dependências psicofísicas? Encontram os grupos de mútua ajuda respaldo em teorias de grupos na perspectiva da psicologia?

Refletir a contribuição dos grupos de mútua ajuda, uma prática de auxílio ao enfrentamento de patologias psiquiátricas ou não a partir de iniciativas em âmbito comunitário é a intenção do presente artigo, especialmente sob a perspectiva de atenção dispensada para pessoas com transtorno por uso de substâncias.

***É melhor ter companhia do que estar sozinho, porque maior é a recompensa do trabalho de duas pessoas. Se um cair, o amigo pode ajudá-lo a levantar-se. Mas pobre do homem que cai e não tem quem o ajude a levantar-se!***

**Eclesiastes 4.9-10**

Transtornos mentais afetam centenas de milhões de pessoas no mundo todo, tornando-se objeto de atenção da Organização Mundial de Saúde - OMS e Organização Mundial de Médicos de Família - WONCA (2009), que propõem integrar a saúde mental aos cuidados primários de saúde. Segundo essa publicação (p.17-18), serviços baseados na comunidade e serviços informais são apoios fundamentais aos cuidados primários para a saúde mental que devem contar com serviços especializados por auxiliarem na atenção a esse público, entendendo que nenhum serviço por si só preenche todas as necessidades que as diversas patologias demandam, não dispensando, com isso, a participação do paciente em sua própria recuperação. Os 10 Princípios para Integrar a Saúde Mental nos Cuidados Primários (p.21-22) valorizam o médico e outros profissionais da saúde como integrantes da equipe de atenção básica, mas veem como necessária, em seu item nove, “a colaboração com outros setores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, com profissionais de saúde ao nível de aldeia ou da comunidade e com voluntários”. Esse nono princípio entende que “organizações não governamentais baseadas na comunidade podem ajudar os pacientes a tornarem-se mais funcionais e a diminuir a sua necessidade de hospitalização”. A OMS/WONCA (2009, p.21) ainda recomenda “que os hospitais psiquiátricos sejam encerrados e substituídos por serviços gerais, serviços de saúde mental comunitários e serviços integrados nos cuidados primários”.

No Brasil, esse entendimento vai ao encontro da luta antimanicomial referenciada pela Lei da Reforma Psiquiátrica no 10.216 (2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, orientando para atendimentos humanizados e contextualizados ao ambiente de vida das pessoas afetadas.

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (PNPIC). Uma cartilha é publicada a respeito em Fortaleza no ano de 2009 com o título “O SUS e a Terapia Comunitária”. Trata-se de

[...] uma metodologia de intervenção em comunidades, por meio de encontros interpessoais e intercomunitários. Tem o objetivo de promover saúde com a construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, resgate da identidade, restauração da autoestima e da confiança em si, ampliação da percepção dos



A Terapia Comunitária – TC atua no campo da saúde, procura integrar as pessoas, considerando fundamental a compreensão da cultura em que essas pessoas se encontram inseridas, história de vida, contextos sociais, políticos, familiares e comunitários. Utiliza-se de profissionais ou outros líderes comunitários para dirigir rodas de conversação em grupo, buscando autonomia e liberdade a partir de uma situação problema apresentada. A TC trabalha com a hipótese de que experiências partilhadas podem levar à superação de sofrimentos, permitindo aos participantes encontrar, por eles mesmos, soluções ao enfrentamento dos mesmos.

A TC aliada a ações complementares como técnicas de resgate da autoestima da comunidade e massoterapia, pretende prevenir e combater situações de desintegração de indivíduos e de famílias; cita o uso abusivo de álcool e outras drogas, violência, desemprego e condições precárias de vida como situações estressantes possíveis de serem beneficiadas por essas reflexões e ações. A TC também pode formar grupos específicos com hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes e outros. Com respeito a experiências da aplicação da TC na abordagem a dependência de drogas, a cartilha dedica espaço específico, constatando ter sido a TC um instrumento facilitador na formação de redes solidárias mais saudáveis, espaços de interconexão com redes de auto e mútua ajuda como AA, NA, Alanon, pastorais de diversas igrejas, etc. (ANDRADE, 2009).

A TC preconizada pelo SUS visa, portanto, utilizar potenciais do próprio indivíduo e comunidade para fazer frente a problemas importantes das pessoas, evitando, assim, o enfoque na doença e promovendo saúde; perceber o ser humano e seu sofrimento em sua rede de relacionamentos; e evitando a medicalização do sofrimento. Sua utilização em diversos contextos brasileiros é descrita pelos gestores de saúde como um instrumento de grande valor estratégico rumo à efetivação humanizada do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em 26 de dezembro de 2011, a publicação da Portaria no 3.088 veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, instituída pelo Decreto Presidencial no 7508/2011. Todavia, na relação de exemplos de serviços de atenção que apresenta, não se encontram referências a grupos de mútua ajuda, ou mesmo qualquer outro termo genérico no qual estes poderiam ser enquadrados. Pelo conceito de “território”, compreende-se que são reconhecidos apenas serviços oferecidos por políticas públicas e que estas respeitem a rede social na qual o usuário circula, embora a

introdução ao tema no módulo 1, aula 2, do curso “Capacita CT” (2014, p.28) expresse algo mais abrangente:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre pessoas e os cuidados em saúde mental.

Portanto, pelas perspectivas apresentadas, grupos de mútua ajuda, dirigidos ou não por profissionais de saúde ou outros profissionais treinados, em cenários comunitários atendidos por serviços oferecidos por políticas públicas ou não, recebem certa ancoragem como uma iniciativa diversa de atenção a pessoas portadoras de transtornos mentais, como por exemplo, aquelas oferecidas a pessoas com transtorno por uso de substâncias e seus familiares.

## 2. Raízes históricas de Grupos de Mútua Ajuda

A partir da etimologia, “grupo” era usado no francês (*groupe*) para designar a disposição dos objetos ou pessoas numa obra de arte, como um quadro; do italiano *gruppo*, ‘amontoado, nó’; do antigo germânico *kruppaz*, ‘massa arredondada, inchaço’.

Começando também com consoantes da palavra grupo temos ‘*grei*’ no sentido de ‘sociedade, congregação, rebanho’. Essa última procede do latim *grex*, “rebanho”. Trata-se de uma palavra pouco conhecida, mas encontrada em certos hinos de tradição luterana quando se refere à igreja cristã.

Uma das características dos grupos de mútua ajuda é que são formados por pessoas que possuem algo em comum. Ora, a palavra “comunhão” traz em sua raiz etimológica indo-européia *komoin*, “compartido por todos” e, em latim, *communis*, que resultou em “comum” no idioma português. Comunidade deriva, pois, de “comum”, significando “ato de repartir deveres em conjunto”, se relacionado à *munus*, “tarefa, dever, ofício”.<sup>01</sup> O conceito de “comunidade” parece refletir bem as especificidades de grupos que são for-

01. Consultado no site da internet: <http://origemdapalavra.com.br>. Disponível em 25/07/2015.

mados por pessoas que têm algo em comum, seja na sua busca por alívio e cura de seus sofrimentos, seja pelo desempenho de tarefas que realizam em conjunto.

Segundo Bleger (1980, p. 85), um grupo “é um conjunto de indivíduos que interagem entre si compartilhando de certas normas numa tarefa”.

Portanto, grupos de pessoas podem, sob vários aspectos e contextos, oportunizar aprendizado através do contato e troca de experiências, permitindo incorporação e manipulação de aquisições ocorridas.

Do ponto de vista histórico a respeito do surgimento de grupos terapêuticos, segundo Mello Filho (2000), resgata-se a informação de que J. Pratt (1905), tisiologista<sup>02</sup> americano, criou em enfermaria o método de “classes coletivas” que consistia em aulas prévias sobre higiene e problemas da tuberculose, seguida de perguntas dos pacientes e sua livre discussão com o médico. Pratt observou que as reuniões com os pacientes deixavam-nos mais animados, otimistas e corajosos de modo que, com o passar do tempo, empregou o método das aulas para outros pacientes crônicos: cardíacos, diabéticos e psiconeuróticos.

Maxwell Jones, psiquiatra inglês, ficou conhecido como autor de uma das mais válidas contribuições à psiquiatria social por desenvolver o conceito de “comunidade terapêutica”. Em seu livro ele explica como administrava coletivamente um grupo de 100 pacientes no Hospital Maudsley, em Londres, o qual abrigava militares com similares sintomas psicossomáticos de dores no peito, falta de ar, palpitações, vertigens e fadigas. A experiência e observação com tal público permitiu a Jones (1972, p. 17) afirmar:

Principiamos em 1941, por uma série didática de palestras, mas logo meus colegas e eu também descobrimos que os pacientes aprenderiam muito mais sobre a própria condição se estivessem totalmente envolvidos numa interação bidirecional, e em diálogo conosco. E, assim, quase imperceptivelmente, passamos da ideia de ensinar perante um auditório passivo, para a de aprendizagem social como processo de interação entre a equipe e os pacientes.

O conceito de “comunidade terapêutica” segundo Jones derivou-se da compreensão de que, “além dos esforços terapêuticos de uma equipe treinada, havia um potencial terapêutico muito importante, para apoio e cura do paciente, nos tipos de relacionamento e atitudes que predominavam entre os seus companheiros na seção e no hospital” (p.18).

Silva (2013, p. 87, 104, 112), buscando entendimento

a respeito das comunidades terapêuticas – um modelo de atenção a pessoas com transtorno por uso de substâncias –, se estas se encontrariam na mão ou contramão das reformas sanitária e psiquiátrica, referencia Grupos de Apoio à Família, Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS, Grupo de Apoio aos Portadores de HIV/AIDS como serviços de parceria indispensáveis ao pós-atendimento de pessoas que ali estiveram acolhidas, incluindo um depoimento de usuário sobre a importância de grupos de apoio para si e sua família (p. 192, entrevista 11).

Interessante para os objetivos do presente artigo, e o que o resgate na literatura até aqui já mencionada, apresenta sobre a participação ativa dos membros de um grupo (ainda que somente por um ouvir ativo) formado por pessoas em sofrimento biopsíquico, através de uma comunicação livre, organizados democrática e igualitariamente, em contraposição a um papel apenas receptivo, passivo e de comunicação unidirecional.

### 3. Grupos de Mútua Ajuda como subgrupo social terapêutico

A revisão de literatura a respeito de trabalho com grupos de pessoas do ponto de vista geral revela que há uma disponibilidade muito grande de obras. Observa-se que a escuta e intervenção grupal tornou-se uma estratégia complementar à individual muito utilizada na atenção a pessoas em sofrimento psíquico ou não.

Mello Filho (2000) apresenta movimentos de grupos e alguns primórdios como objeto de pesquisa de diversos estudiosos. Resgatam-se em sua obra constatações como por ex., o homem sempre ter vivido na dependência de grupos naturais - essencialmente a família, e estas reunidas em tribos e sociedades maiores, fixadas ou não em espaços territoriais. Cita também diversas expressões a respeito de grupos muito comuns na sociedade moderna: escola, trabalho, clube, igreja, associação e outras.

Zimerman (2007) justifica a importância dos grupos, lembrando que o ser humano é social em aspectos exteriores (conjunto de pessoas = grupo; conjunto de grupos = comunidade; conjunto de comunidades = sociedade), mas também em aspectos interiores (identidade individual e social), referindo-se aos personagens que habitam o psiquismo de cada pessoa.

Dentre a constelação de grupos humanos existentes, encontram-se aqueles que reúnem pessoas em sofrimento biopsíquico. Reunir certo número de pessoas e discutir de modo horizontal problemas em comum tornou-se uma estratégia importante para quem trabalha na área. Para exemplificar, citamos exemplos extraídos da atenção dispensada a pessoas com transtorno por uso de substâncias: 1) O sexto princípio do NIDA

02. Tisiólogo: Médico especializado no tratamento da tuberculose, particularmente a tuberculose pulmonar.

(2014) valoriza o aconselhamento individual e/ou em grupo, uma vez que em grupo os participantes mencionam motivação, aquisição de habilidades para superar o uso de drogas, a busca por atividades que substituíam as relacionadas ao uso de drogas e a melhoria de habilidades na solução de problemas; 2) Silva, Borrego e Figlie (2011, p.328-329), afirmam que “o trabalho em grupo vem, ao longo das últimas décadas, servindo de instrumento valioso no tratamento da dependência química” e discorrem sobre a importância da identidade social do dependente de álcool/drogas como um grupo alternativo ao de consumo dessas substâncias. Segundo esses autores “o indivíduo percebe que não está sozinho em sua doença, além de poder encontrar no grupo outros meios para enfrentar seus problemas”.

Para auxiliar na análise de grupos de mútua ajuda com objetivos terapêuticos, sugerimos as seguintes divisões temáticas:

### 3.1 Quanto às motivações intrínsecas operantes nos Grupos de Mútua Ajuda

Brunello (2013) analisa “troca de experiências” e “circulação da dádiva” em grupos de mútua ajuda “Alcoólicos Anônimos (AA)” e o grupo “Familiares e Amigos de Alcoólicos (AL-ANON)”, do ponto de vista do “ganho” que integrantes de grupos de mútua ajuda teriam por frequentarem esses espaços. Segundo esse autor, o trinômio dar-receber-retribuir em grupos de mútua ajuda é voluntário, não obedecendo a leis do mercado como no sistema capitalista. Mesmo em se tratando de uma relação membro-grupo não coercitiva, um endividamento mútuo e positivo originado na aliança entre os indivíduos acontece. Por outro lado, um prejuízo na proporção do grau vincular construído terá que ser suportado se e quando tal rompimento acontecer. Diz esse autor:

No entanto, os interesses típicos das relações monetárias, aquelas relacionadas aos valores de uso e de troca, não seriam a força motriz para que essas relações aconteçam, visto que a dádiva se constitui em um prazer pelo vínculo e/ou pela relação social que tem como ponto de partida a fidelidade, a generosidade, a confiança e a própria necessidade. (BRUNELLO, 2013, p. 65)

Quintanilha (2013) dedicou-se à análise de um grupo de mulheres com transtornos depressivos e ansiosos. Sua pesquisa partiu da premissa de que o atendimento em grupo é uma estratégia terapêutica que apresenta bons resultados segundo experiências relatadas em diversos países. A análise qualitativa de relatos das participantes revela que elas valorizam o grupo enquanto espaço terapêutico. A possibilidade de verem

retratadas nas colegas situações similares encoraja a ajuda mútua. Estes são aspectos que auxiliam na auto percepção e no empoderamento. A revisão literária da autora revela que estudos comprovam ser a rede de apoio social um fator protetor à saúde. O apoio social promove sensação de bem estar, de sentir-se amado e amparado, minimiza consequências de agentes estressores, permite reelaborações e resignificação de questões e vislumbrar possíveis soluções. “O suporte mútuo é o desenvolvimento de tarefas e ações de cuidado e suporte concreto, a partir da mútua ajuda” (p. 19).

### 3.2 Quanto a características que constituem um Grupo de Mútua Ajuda

Por motivo de existirem grupos de todos os tipos, Zimerman (2007) propõe uma divisão genérica entre grandes e pequenos grupos, pertencentes, respectivamente, à macro sociologia e à micro psicologia. O grupo terapêutico, segundo esse autor, se enquadraria neste último, os microgrupos.

Para Gahagan (1980), as seguintes características distinguem um grupo de qualquer ajuntamento de pessoas: as atividades devem relacionar-se mutuamente e de forma sistemática, para um determinado fim; um sistema cujas partes se inter-relacionam. O autor exemplifica grupos de comunidade e grupos de encontro, aqueles cuja meta intrínseca é o desenvolvimento de relações afetivas, inexistindo, portanto, metas extrínsecas como produção mínima diária de aparelhos de TV - exemplifica. Outra dimensão apresentada pelo autor é a natureza do objetivo, ou seja, se é singular e altamente específico ou se é difuso e não-específico, a exemplo de um grupo para “viciados em drogas”. Diz ele: “O seu objetivo é eliminar o vício de um novo membro e preservar a sua própria libertação do vício, quer dizer, a solução é muito específica, mas o foco recai sobre as relações interpessoais” (p. 128).

Moreno (1993), criador do Psicodrama, apresenta estruturas pelas quais um grupo se faz existir, fazendo uso de métodos sociométricos para tal. Segundo ele, grupos de alcoolistas ou toxicófilos (p. 88) pertencem a grupos homogêneos por apresentarem determinadas características em comum, ao contrário de grupos heterogêneos. Ainda, dentre diversos métodos de psicoterapia de grupo que apresenta, Moreno traz os “Alcoólicos Anônimos” para exemplificar o primeiro deles: Método de clube ou associação, que descreve como “O terapeuta e os membros do grupo se reúnem, com frequência, nas casas dos pacientes ou cafés e procuram analisar-se mutuamente sem recorrer a um aparato clássico e técnico” (p. 92).



As características retro apresentadas pelos três autores podem ser complementadas com outras. Nosso objetivo ao focar estas consiste em trazer a presença de grupos de mútua ajuda na literatura que aborda grupos.

### 3.3 Quanto à finalidade

Para Zimerman (2007), dois grandes ramos abarcam genericamente os grupos: operativos e psicoterápicos – assim compreendidos segundo sua finalidade. Os grupos operativos “visam a operar em uma determinada tarefa, sem que haja uma precípua finalidade psicoterápica”, e cobrem quatro campos: 1) Grupos de ensino-aprendizagem; 2) Institucionais; 3) Comunitários; e 4) Terapêuticos. Quanto aos grupos psicoterápicos, esse mesmo autor apresenta quatro subdivisões, segundo correntes teórico-técnicas distintas: 1) A corrente psicodramática; 2) Teoria sistêmica; 3) Cognitivo-comportamental; e 4) Corrente psicanalítica.

Voltando-se especificamente à saúde no campo da medicina, afirma Zimerman (2007), “os grupos operativos terapêuticos visam fundamentalmente a uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja estritamente no plano da saúde orgânica, quer na do psiquismo, ou em ambos ao mesmo tempo”. E, em seguida, dedica amplo comentário ao que denomina de “saúde somática”, com isso abrindo espaço à localização dos grupos de apoio na literatura científica:

A forma mais utilizada desta modalidade grupal terapêutica é conhecida sob o nome de *Grupos de autoajuda* e ela consiste no fato de comumente ser um grupo de formação espontânea entre pessoas que se sentem identificadas por algumas características semelhantes entre si, e se unificam quando se dão conta que têm condições de se ajudarem reciprocamente, quer através da ajuda de algum técnico coordenador, ou não. Vale citar como exemplo deste tipo de grupo, a enorme expansão dos grupos que são conhecidos sob o rótulo de “anônimos” (alcoólistas, tabagistas, neuróticos...). A forma mais utilizada desta modalidade grupal de autoajuda - também conhecida como grupos de ajuda mútua - está se processando no campo da medicina, quer como *suporte* para pacientes com doenças crônicas, como diabéticos, reumáticos, hipertensos, etc, quer como forma de reabilitação, para infartados, colostomizados, mutilados, mulheres mastectomizadas, etc, e assim por diante, estes grupos permitem uma extensa utilização e vêm comprovando resultados bastante animadores. É útil enfatizar o fato de que este tipo de grupo de “ajuda recíproca” funciona através de uma socialização, isto é, cada um aprende a escutar, a transmitir mensagens verbais, a se solidarizar e, sobretudo, a aprender com as experiências similares dos colegas do grupo. (*Grifos no original*).

Nota-se que experiências benéficas à recupera-

ção de grupos em ambiente médico-hospitalar serviram de inspiração ao surgimento de grupos de apoio mesmo que isso signifique mudança do *setting* terapêutico. Em movimento inverso, percebe-se que os grupos de apoio inspiram a continuidade e fortalecimento dos grupos em ambiente médico-hospitalar.

Voltando aos grupos quanto a sua finalidade, Zimerman informa que os grupos psicoterápicos, pela dinâmica utilizada, derivam da condução de um profissional ligado à saúde mental, especialmente psiquiatras e psicólogos. Em nosso entendimento, esses profissionais também podem ou não dirigir grupos operativos conforme anteriormente referido, mas não o contrário.

### 3.4 Quanto ao setting terapêutico

Machado Moreira e Silva Esteves (2012, p. 1) definem: “o *setting* terapêutico constitui-se de regras pré-determinadas e combinações específicas de cada dupla, em que os papéis são especificados, estabelecendo-se uma assimetria”. A dupla a que a definição se refere é assim denominada a partir do ponto de vista clínico em que existe o terapeuta e o cliente em um espaço, geralmente o consultório. Trata-se, segundo diversos autores apresentados por Machado Moreira e Silva Esteves, de um lugar silencioso, um contrato ou enquadre<sup>03</sup>, a delimitação ética dos papéis de cada um que deem segurança e confidencialidade, mas seja flexível a alterações, caso necessário.

A respeito do lugar, referidas autoras afirmam que:

O *setting* é mais do que os aspectos físicos do ambiente de terapia ou das combinações estáticas do contrato, ou seja, ele é recheado pela forma como a relação dos dois se encontra, pela aliança terapêutica, pelas questões éticas e pela confiança mútua. Por isso, inferimos que mais importante do que o espaço físico do *setting* é o que chamaremos de “espaço mental do *setting*”, é poder manter os papéis, as regras, a ética em qualquer lugar, sem depender do ambiente físico (MOREIRA e ESTEVES, 2012, p. 6).

Tal compreensão corrobora a utilização de diferentes espaços utilizados pelos grupos de mútua ajuda, uma vez que guardem segurança e condições que favoreçam uma comunicação de boa qualidade, e que se evitem mudanças constantes de ambientes, por prejudicarem seriamente a manutenção do vínculo grupal. A flexibilização de lugar também não é estranha à terapia individual quando é necessário sair do consultório e sen-

<sup>03</sup> Enquadre ou contrato: regras de um processo terapêutico combinadas logo no início da primeira sessão ou na medida que surgirem imprevistos como por ex. o horário, faltas, preço, duração das sessões, etc.



tar em um banco de jardim ou ambiente institucional como uma sala de reuniões, para citar outros exemplos.

Sílvia, Borrego e Figlie (2011, p. 332) exemplificam os principais itens que devem ser previstos no contrato do *setting* terapêutico entre um profissional e seu grupo:

“Objetivo (abstinência e melhoria da qualidade de vida). Prazo mínimo de compromisso e alta. Tentativa de abstinência no dia da sessão. Evitar segredo entre os membros do grupo. Necessidade de sigilo no tocante ao conteúdo das sessões, bem como aos participantes. Horários e local das sessões. Aviso de faltas previstas. Honorários, dia de pagamento, reajustes e férias do psicoterapeuta.”

Há que se considerar que um grupo de mútua ajuda pode ou não ser liderado por pessoa remunerada ou não. A respeito da direção de um grupo de mútua ajuda será refletido no item 3.10 *infra*.

### 3.5 Quanto à abertura do grupo

Os mais conhecidos grupos de mútua ajuda no Brasil diferem entre si pelo público a que se destinam.

Os A.A. (Alcoólicos Anônimos) destinam-se a alcoólicos, os N.A. (Narcóticos Anônimos) são para dependentes químicos, o Amor Exigente e AL-ANON (Grupos de familiares dos Alcoólicos Anônimos) são para familiares de dependentes. Para os adolescentes existe o ALATEEN (Grupo de Familiares dos Alcoólicos Anônimos). (GUTJAHR, 2010, p. 23)

Por sua vez, grupos de apoio Cruz Azul definem-se abertos a qualquer pessoa interessada no que se relaciona a problemas relacionados com o uso, abuso e dependência de álcool e drogas:

... os Grupos de Apoio Cruz Azul são encontros semanais em espaços livres de drogas, sociointerativos, de mútua ajuda, acompanhamento, apoio e prevenção, alicerçados na visão de ser humano integral, de princípios e valores cristãos, destinados a dependentes químicos, seus familiares e amigos, que oportunizam um espaço para o compartilhar e a troca de experiências entre os pares, em busca da superação da dependência e da construção de um novo estilo de vida. (AVILA, RISTOW, ZERMIANI, 2017, p.29).

Essas mesmas autoras (p. 41) também nomeiam a oferta de “Grupos de Apoio Cruz Azul Kids” às crianças sob responsabilidade de adultos que se reúnem no mesmo local e horário.

Sob a ótica da efetividade, Sílvia, Borrego e Figlie (2011, p. 331) consideram ser melhor o atendimento grupal separado de alcoolistas e dependentes de outras drogas. “Os dependentes de álcool tendem a criticar os dependentes de drogas, considerando-os ‘fora da lei’, e os dependentes de drogas ilícitas tendem a destacar

a coragem de se envolverem com algo mais perigoso”.

Ao apresentar Grupos Familiares e Outros Grupos de Apoio, Gutjahr (2010, p. 24) afirma que “A interação entre pares é facilitadora de mudanças, uma vez que o escutar de um par não é o mesmo que o escutar de um profissional, porque o par passa por situação semelhante e não gera fantasias e idealizações como o terapeuta”.

Moreno (1993) faz um alerta quando se refere às interações sociais em um grupo terapêutico. Segundo ele, “As interações sociais em si podem, em um momento dado, ser terapêuticas ou também prejudiciais. A tarefa é, entretanto, formar grupos terapeuticamente eficazes para os participantes” (p. 25). Confrontos que um participante pode ter com situações reais de sua vida e com de outras pessoas devem ser muito bem manejadas para impedir desistências ou mesmo cisão do grupo.

Portanto, observa-se que, na prática, grupos de mútua ajuda acontecem de modo homogêneo e heterogêneo de acordo com a vocação de cada um deles.

### 3.6 Quanto ao número de participantes

O número de participantes de um grupo depende da dinâmica e intervenção utilizada. Para Sílvia, Borrego e Figlie (2011, p. 334) “trabalhar com um número muito reduzido pode ser desmotivador, bem como um grupo com muitas pessoas poderá comprometer a qualidade do trabalho” e complementam que o que conta é que todos devam sentir-se assistidos.

Avila, Ristow e Zermiani (2017, p. 40) citam que “É comum haver um fluxo muito grande de participantes nas reuniões e o número de presentes pode variar bastante de uma semana para outra em alguns grupos”.

### 3.7 Quanto à utilização de recursos didáticos

Para Sílvia, Borrego e Figlie (2011, p. 334) “pode-se utilizar técnicas, jogos, exercícios e outras dinâmicas conhecidas pelo grupo”. Referindo-se a Brown e Yalon, esses autores acrescentam o uso de quadro-negro, DVDs e outros recursos didáticos. A lista é enriquecida ainda pela utilização de dramatizações, treinamento de habilidades para prevenção à recaída, como lidar com emoções ou situações de estresse, e a utilização de dinâmicas de grupo.

Nos grupos de mútua ajuda da Cruz Azul são utilizadas dinâmicas, compartilhamento de experiências, palestras informativas, filmes, textos bíblicos, depoimentos, dramatizações ou teatro, músicas, poesias, fábulas, desenhos entre outros. Utiliza-se como padrão a formação em círculo, considerada a mais adequada para formação de víncu-

### 3.8 Quanto à opinião da literatura sobre a atenção em grupo para pessoas com transtorno por uso de substâncias

Nas considerações finais de seu artigo, Sílvia, Borrego e Figlie (2011, p. 337) afirmam:

O trabalho em grupo é fortemente indicado e deve ser incentivado aos dependentes químicos devido à possibilidade de beneficiar um número maior de pessoas, no mesmo espaço de tempo, e por ser tão eficaz quando o individual. Permite aos participantes que compartilhem questões semelhantes, aumentando sua auto eficácia, além de favorecer o tratamento medicamentoso e os procedimentos psicoterápicos. Além do mais, em grupo, o paciente expõe mais suas ideias, seus pensamentos, seus sentimentos, suas dificuldades e seus problemas decorrentes da dependência química.

Afirmam os autores Sobell; Sobell (2013, p. 226) que a abordagem grupal pode funcionar como prática à manutenção da abstinência; auxílio para recursos psicoterápicos; atende um maior número de pessoas, favorecendo a economicidade; reintegração social; auxílio na construção de uma identidade mais autêntica e fortalecida. Outro elemento referido por esses autores é a coesão grupal, ou "cola que une os grupos" constituída por produtividade, participação intra e extra grupo, autorrevelação, assunção de riscos, frequência regular, preparação pré-grupo, *feedback*, e adesão aos exercícios de tarefa de casa.

### 3.9 Quanto à opinião da literatura sobre a atenção em grupo para dependentes de outras adicções

Calixto (2014, p. 38) resgata ser a estratégia grupal muito utilizada em ambientes hospitalares e em ambulatorios, sendo especialmente utilizada pelo serviço de enfermagem. A coordenação de grupos "é entendida como a arte de explorar condições favoráveis para mudança de hábitos e estilo de vida e aplicar os meios disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade de vida". Segundo essa autora, a terapia em grupo para pessoas que sofrem de adicções e transtornos relacionados têm consenso de vários especialistas: psicólogos, psiquiatras e conselheiros em dependência química, pelo grau de efetividade observado.

### 3.10 Quanto à direção dos grupos de mútua ajuda

A delimitação ética dos papéis de cada um (assimetria estabelecida pelo contrato terapêutico) talvez se constitua, se assim podemos dizer, em grande risco para o grupo de mútua ajuda, por ser comum o mesmo ser dirigido por um par, alguém "que sofreu ou sofre sob a mesma problemática", apresentando eventual confusão de papéis. Machado Moreira e Silva Esteves citam Zimerman (1999), que considera ser obrigação do *setting* (item 3.4 supra) normatizar, delimitar, estabelecer a assimetria e a não similaridade. Ou seja, papéis e posições do terapeuta e seu cliente são bem diferentes e definidos para que se evite contra atuações àquelas que, eventualmente, se apresentarem.

Por outro lado, não contrapondo a necessidade de assimetria na relação terapêutica, mas ampliando o horizonte de configurações grupais possíveis, Moreno, ao comentar princípios que julgava importante para um terapeuta de grupo, diz:

"Nos métodos individuais o paciente é sempre "paciente". Nunca lhe é permitido desempenhar o papel de terapeuta. Numa sessão individual existe apenas um terapeuta: o médico. Na psicoterapia de grupo, entretanto, os pacientes podem tomar a função de terapeutas auxiliares e, em casos excepcionais, inclusive em relação ao médico. Um paciente é um agente terapêutico dos outros" (MORENO, 1993, p. 24-25).

Mais adiante, ao discorrer sobre o papel do terapeuta, Moreno (1993, p.78) afirma que "O terapeuta é, entretanto, também um membro do grupo" e, por esse motivo, eventualmente terá de desempenhar dois papéis: o da direção e de um participante comum do grupo, tomando o cuidado de manter a produtividade terapêutica e a estabilidade do grupo.

Brunello (2013) traz no Anexo B que as Doze Tradições dos Alcoólicos Anônimos, em sua oitava tradição, dispõem que a instituição "Alcoólicos Anônimos deverá se manter sempre não profissional, embora serviços possam contratar funcionários especializados". Esse critério se aplica porque se parte do pressuposto de que os participantes das reuniões de AA sejam todos alcoolistas em recuperação, o que impõe horizontalidade nas relações.

Frente à diversidade de lideranças atuantes nos Grupos de Apoio da Cruz Azul, Avila, Ristow e Zermiani (2017, p. 45) explicam que "... a opção por chamar de 'facilitadores' os líderes dos grupos vem da ideia de que os mesmos não 'lideram' ou não 'comandam' a reunião, mas, 'facilitam' para que ela ocorra com tranquilidade". Ainda segundo essas autoras (p. 46), a lista de características esperadas de um facilitador aponta para empatia com pessoas e grupo de pes-

soas, relacionar-se bem com elas, ter conhecimento a respeito do tema dependência química, saber manejar conflitos, promover compartilhamento, entre outros.

A condução de um grupo de mútua ajuda deve, portanto, contar com dirigentes preparados para lidar com as demandas do mesmo, e estar em contínua vigilância para que não se configure uma codependência em relação aos participantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psiquiatra e psicanalista David Zimmerman (2007), ao concluir sua análise da importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade, escreve:

De forma bastante resumida pode-se dizer que os grupos terapêuticos, não os de funcionamento estritamente analítico, têm revelado um significativo desenvolvimento e uma progressiva demanda. São exemplos: o emprego crescente de terapias de casal, a de família, grupos com psicóticos hospitalizados ou egressos, grupos homogêneos com pacientes bastante regressivos, grupos psicodramáticos e, sobretudo, os grupos de autoajuda. Estes últimos vêm revelando nesta última década uma expansão e notáveis aproveitamentos, sobretudo em infindáveis aplicações na área da Medicina.

Sua citação contribui com a conclusão da presente pesquisa, ou seja, de que grupos de mútua ajuda (cita autoajuda) desempenham importante papel positivo em diversos cenários de atenção dispensada a portadores de patologias biopsíquicas ou a familiares destes. Conclui-se também que os grupos de mútua ajuda encontram-se discutidos na literatura pertinente a estudos sobre grupos terapêuticos, sendo seu formato de constituição e funcionamento aceitos por diversos estudiosos de estratégias modernamente utilizadas ao enfrentamento de transtornos por uso de substâncias. Além disso, tais estudos revelam que os grupos de mútua ajuda não conflitam com a atenção psicoterapêutica dispensada grupalmente por especialistas como os profissionais de psicologia, sendo que tais grupos devem diferenciar-se pela nomenclatura de “grupos psicoterapêuticos”.

Porém, para os grupos de mútua ajuda ficam desafios como: 1) O de cuidarem para que a falta de assimetria entre dirigente e participante, que pode se estabelecer em dados momentos ou o tempo todo, não leve à vala comum do compartilhar por compartilhar, nada acrescentando a ninguém; 2) A disponibilidade para atuarem em rede de atenção psicossocial no território em que se encontram inseridos, maximizando, assim, a oferta de propostas de cuidados ao público alvo de cada um deles.

Ainda que não esgote o assunto, a bibliografia consultada aponta para evidências de que os grupos de mútua ajuda são eficazes e efetivos por gerarem ganhos aos

seus participantes, apresentando-se como uma forma de atenção primária possível em qualquer contexto cultural. É inegável a contribuição que grupos de mútua ajuda trazem ao contexto de atenção dispensada a pessoas em sofrimento psíquico e a seus familiares, seja este decorrente de transtornos próprios do sistema nervoso central, notadamente os transtornos psiquiátricos, seja por enfrentamento de patologias ou traumas diversos.

## REFERÊNCIAS

AVILA, Maria Roseli Rossi; RISTOW, Edel Rosane; ZERMIANI, Sirlene Andrade. Manual de Grupos de Apoio Cruz Azul. Blumenau: Cruz Azul, 2017.

BLEGER, José. Temas de psicologia: entrevistas e grupos. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BRASIL. Presidência da República. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. O SUS e a Terapia Comunitária. ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; e orgs. Fortaleza: 2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília – DF: 2011.

\_\_\_\_\_, SENAD. Curso CAPACITA CT. Política nacional de saúde mental e a organização da rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). Aula 2. Brasília – DF: 2014.

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. Alcoolismo e redes terapêuticas: Uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mútua na cidade de Londrina (PR). Dissertação de mestrado. Londrina: 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000184777>>. Acessado em 08/10/2017.

GAHAGAN, Judy. Comportamento interpessoal e de grupo. Tr. Eduardo D’Almeida. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GUTJAHR, Méris. Redes Sociais: Prevenção a recaída no tratamento de dependentes químicos. Dissertação de mestrado na Escola Superior de Teologia - EST. São Leopoldo, 2010.

JONES, Maxwell. A Comunidade Terapêutica. Petrópolis: Editora Vozes, 1972. 196p.

MACHADO MOREIRA, Letícia; SILVA ESTEVES, Cristiane. Revisando a teoria do Setting Terapêutico. Psicologia.pt – O portal dos psicólogos, 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/>



A0628.pdf>. Acesso em 08/10/2017.

MELLO FILHO, Julio de. Histórico e Evolução da Psicoterapia de Grupo. In: Grupo e Corpo. Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 29 – 62.

MORENO, Jacob Levi. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Trad. Antônio C. Mazzaroto Cesarino Filho. Campinas: Editorial Psy, 1993.

NACIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE – NIH. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research – Based Guide (Third Edition). 2012. Disponível em: <<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>>. Acesso em 08/10/2017.

OMS/WONCA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários Uma perspectiva global. Portugal, 2009. 250 p. Disponível em: <[http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)>. Acesso em 08/10/2017.

QUINTANILHA, Elen Lucena. Cuidados em saúde mental pelo programa de saúde da família: análise qualitativa de uma terapia de grupo para mulheres.

Tese de mestrado defendida na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=7476](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7476)>. Acesso em 08/10/2017.

SILVA, Maika Arno Roeder da. Comunidade Terapêutica: Na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica? Dissertação de mestrado. 267 p. Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106996/321219.pdf?sequence=1>> Acesso em 08 out. 2017.

SILVA, Rosiane Lopes da; BORREGO, Andre Luis Santos; FIGLIE, Neliana Buzi. Psicoterapia de Grupo. In: Dependência Química. Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 328-339.

SOBELL, Linda Carter; SOBELL, Mark B.. Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ZIMERMAN. David. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. São Paulo, v. 4, n. 4, dez. 2007. Disponível em <[http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 out. 2017.

