

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BIANCA OLIVEIRA RUIZ

**PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA
FAMILIAR: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DE DEPENDENTES DE
ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS**

São Carlos

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BIANCA OLIVEIRA RUIZ

**PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA
FAMILIAR: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DE DEPENDENTES DE
ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, para obtenção do
título de mestre em Ciências da
Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Sonia
Regina Zerbetto

São Carlos

2017

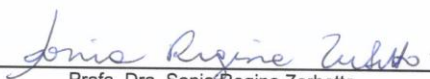


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

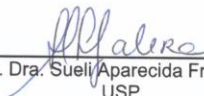
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Bianca Oliveira Ruiz, realizada em 24/02/2017:



Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto
UFSCar



Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera
USP



Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella
UFSCar

DEDICATÓRIA

A minha mãe e ao meu pai [in memoriam], que são meu alicerce. Dedico à minha amada família, que sempre esteve ao meu lado, me incentivando, reerguendo, acreditando e sendo a base de tudo o que sou hoje. Dedico também aos amigos, os quais são minha riqueza. Sou honrada em tê-los por perto.

AGRADECIMENTOS

Esse é um dos momentos mais importantes da minha vida. Enfrentei fortes tempestades, acreditando que no final o arco-íris surgiria, tornando o dia ainda mais lindo.

Se consegui chegar até aqui, não tenho dúvidas de que foi a mão do meu Deus que renovava minhas forças a cada amanhecer, guiando os meus passos, renovando minhas esperanças e demonstrando que o amor, a graça, a misericórdia e a bondade Dele me bastam. Sei que em tudo Ele está, que pode todas as coisas e que os planos Dele não podem ser frustrados. A Deus, minha gratidão e meu amor.

Minha mãezinha, Maria Conceição de Oliveira Ruiz, e meu amado pai, José Carvalho Ruiz [*in memoriam*]. Minha base, meu porto seguro, aqueles que me ensinaram a nunca desistir, a lutar independentemente da situação, que me transmitiram valores que levo comigo com muito orgulho. Obrigada por me ajudarem em cada passo que dou em busca dos meus sonhos. Devo a vocês tudo o que sou. Espero um dia ser a metade da fortaleza, da persistência e da garra que vocês são. Todo o meu amor, minha admiração, meu respeito e minha gratidão. Eu os amo demais e prometo honrá-los até o fim da minha vida.

Minhas irmãs (Mara, Elaine, Vivian), meus sobrinhos e sobrinhas (Victor Hugo, Yasmin, Isadora, Enzo, Beatriz) e meus cunhados (Kristian, Willian, Ander). Meu muitíssimo obrigada por terem acreditado em mim, mesmo quando nem eu acreditava mais. Cada comemoração, cada palavra de incentivo e de carinho, a paciência e o auxílio. Vocês são demais e meu amor por vocês é gigante.

Meus amigos. Ah, meus amigos. Que diferença vocês fazem na minha vida. Minha riqueza e minha fonte de alegria. Meu colo, meu consolo, abraços sinceros, gargalhadas sem fim, presentes que a vida me deu, meu sorriso. Com vocês dividi meus projetos, meus sonhos, minhas conquistas e minhas perdas. Vocês foram essenciais nessa caminhada. Suportaram minhas chatices, escutaram meus desabafos e não me deixaram fraquejar. Como amo vocês. Jaciara, que passou dias e dias me auxiliando, madrugada adentro, lutando contra o sono. Gratidão. Te amo.

A querida orientadora Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto, que acreditou em mim e dedicou esforços para me auxiliar no crescimento profissional. Obrigada, Sonia, pelo seu apoio, pela confiança, por ter me permitido caminhar ao seu lado por todos esses

anos, desde a graduação. As reuniões que se transformavam em momentos de desabafos, choro, conselhos, abraços carinhosos, palavras de estímulo. Obrigada por ter tido tanta paciência comigo e ter me mostrado quão encantadora é a carreira acadêmica. Sinto-me honrada e privilegiada por te ter como orientadora, amiga e colega pesquisadora. Você foi muito importante em todo esse processo.

Aos docentes que de alguma forma contribuíram para esse estudo, com ricas colocações, sugestões e avaliações, especialmente à Profa. Dra. Sueli Galera e Prof. Dr. Bruno Fontanella, que compuseram a banca com muito domínio, conhecimento e respeito. Espelho-me em vocês.

À equipe do CAPS-AD, que sempre esteve disposta a auxiliar no processo da pesquisa, me acolhendo desde o início com muito carinho e respeito. Admiro o trabalho de vocês e serei eternamente grata por todo o suporte que me ofereceram.

De forma especial, meu agradecimento a todas as famílias que carinhosamente se dispuseram a participar dessa pesquisa, contribuindo para o conhecimento científico e para minha vida pessoal. Conhecê-las me fez enxergar de forma mais humanizada todos aqueles envolvidos no contexto da dependência química. Que essa caminhada de aprendizado reflita a força que há em vocês. Sim, a força. Vocês são guerreiras e cheias de amor. Que a esperança esteja sempre presente. Vocês podem! Acreditem!

Por fim, ao órgão de fomento Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa disponibilizada durante todo o processo de pós-graduação, permitindo-me dedicação exclusiva para a presente pesquisa.

Muito obrigada!

RESUMO

RUIZ, B.O. Processos de enfrentamento e resiliência familiar: percepção da família de dependentes de álcool, crack e outras drogas. 156 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-SP, 2017.

A família vivencia a dependência de substâncias psicoativas em um ou mais membros familiares, podendo ser abalada pelas crises e estresses persistentes que permeiam essa realidade, podendo emergir ou não das situações adversas com mais recursos e fortalecidas. A este fenômeno ou capacidade de superação apresentado por um indivíduo, um grupo ou uma comunidade, dá-se o nome de resiliência. O objetivo deste estudo foi compreender aspectos da percepção dos familiares de dependentes de substâncias psicoativas sobre os elementos fundamentais no funcionamento de sua família que auxiliam na resiliência familiar. O método consistiu em pesquisa descritiva e qualitativa, realizada com cinco famílias de dependentes de substâncias psicoativas, as quais foram submetidas à entrevista semiestruturada, e construção de genograma e ecomapa para contextualização. O campo empírico foi o Centro de Atenção Psicossocial-álcool e outras drogas de uma cidade do interior paulista ou domicílio da família. O referencial teórico interpretativo consistiu na resiliência familiar de Froma Walsh. A análise dos dados baseou-se na técnica de Análise de Conteúdo, categoria temática. Os resultados apontaram que no padrão organizacional, a resiliência familiar envolve a mobilização e união da família em busca de apoio e suporte social intrafamiliar, da família ampliada e extrafamiliar. A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família, as quais consistem na persistência, perseverança, esperança, fé e práticas religiosas, principalmente, a oração. A resiliência familiar também envolve a comunicação assertiva, que requer calma e tonalidade da voz adequada. Concluiu-se que apesar da dependência química acarretar sérias repercussões nas famílias, essa situação adversa pode ser encarada como desafio a ser enfrentado e superado através dos potenciais e forças existentes no sistema familiar. Este estudo contribuiu para uma perspectiva de se utilizar os elementos fundamentais da resiliência no processo de avaliação e intervenção para o cuidado às famílias que buscam ajuda ao CAPS-AD.

Descritores: Família. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Resiliência psicológica.

ABSTRACT

RUIZ, B.O. Coping processes and family resilience: family perception of dependents of alcohol, crack and other drugs. 156 f. Dissertation (Master's Degree) - Graduate Program in Nursing, Federal University of São Carlos-SP, 2017.

The family experiences the dependence of psychoactive substance on one or more family members, and may be shaken by persistent crises and stresses that permeate this reality, and may or may not emerge from adverse situations with more resources and strengthened. To this phenomenon or capacity of overcoming presented by an individual, a group or a community, it is called resilience. The objective of this study was to understand aspects of the perception of family members of psychoactive substance dependents on the fundamental elements in the functioning of their family that help in family resilience. The method consisted of descriptive and qualitative research, carried out with five families of psychoactive substance dependents, who were submitted to the semistructured interview, and genogram construction and ecomap for contextualization. The empirical field was the Center for Psychosocial Care-alcohol and other drugs of a city in the interior of São Paulo or the family's home. The interpretative theoretical framework consisted of the family resilience of Froma Walsh. The analysis of the data was based on the technique of Content Analysis, thematic category. The results pointed out that in the organizational pattern, family resilience involves the mobilization and union of the family in search of support and social support intrafamiliar, extended family and extrafamiliar. Family resilience involves positive perspectives that strengthen the family, which consist of persistence, perseverance, hope, faith, and religious practices, especially prayer. Family resilience also involves assertive communication, which requires calm and appropriate voice tone. It was concluded that although chemical dependence can have serious repercussions in families, this adverse situation can be seen as a challenge to be faced and overcome through the potentials and forces existing in the family system. This study contributed to the perspective of using the fundamental elements of resilience in the process of evaluation and intervention for the care of families who seek help to CAPS-AD.

Keywords: Family. Substance-related disorders. Psychological resilience.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das famílias – São Carlos, SP, 2017	44
Quadro 2 – Síntese das categorias, temas e elementos teóricos fundamentais do processo-chave de resiliência familiar de Froma Walsh – São Carlos, SP, 2017	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFSCar Universidade Federal de São Carlos

UNODC *United Nations Office on Drugs and Crime*

LENAD Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas
Relacionados à Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UNIAD Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas

INPAD Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do
Álcool e outras Drogas

SPAs Substâncias Psicoativas

CAPS-AD Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

PTS Projeto Terapêutico Singular

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Família e sua funcionalidade no contexto da dependência de substâncias psicoativas	15
1.2 O CAPS-AD e a participação da família no tratamento e cuidado ao dependente de substâncias psicoativas	20
1.3 Resiliência e resiliência familiar	24
1.4 Resiliência e dependência de substâncias psicoativas	33
2. OBJETIVOS	36
2.1 Objetivo geral.....	36
2.2 Objetivos específicos	36
3. MÉTODO	37
3.1 Tipo de estudo	37
3.2 Local da pesquisa	37
3.3 Participantes da pesquisa	37
3.4 Instrumentos e estratégias para coleta de dados	39
3.5 Forma de análise dos resultados	41
3.6 Procedimentos éticos	42
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
4.1 Caracterização das famílias	43
4.1.1 Breve descrição das famílias	46
4.2 Apresentação das categorias temáticas e seus respectivos temas	48
4.2.1 Categoria 1 – A resiliência familiar envolve a mobilização da família em busca de apoio e suporte social	51
4.2.1.1 Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada	51
4.2.1.2 Busca de suporte e apoio extrafamiliar	55
4.2.2 Categoria 2 – A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família	59
4.2.2.1 A família luta e não desiste.....	59
4.2.2.2 A família tem fé, confiança e esperança	60
4.2.2.3 A fé em Deus e a oração dão forças à família	61
4.2.3 Categoria 3 – A resiliência familiar envolve comunicação assertiva	63
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65

6. CONCLUSÃO	81
7. REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	107
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
APÊNDICE B – Categorias e temas emergentes da entrevista com a família 1	108
APÊNDICE C – Categorias e temas emergentes da entrevista com a família 2	112
APÊNDICE D – Categorias e temas emergentes da entrevista com a família 3	116
APÊNDICE E – Categorias e temas emergentes da entrevista com a família 4	121
APÊNDICE F – Categorias e temas emergentes da entrevista com a família 5	124
APÊNDICE G – Categorias gerais e seus respectivos temas	128
APÊNDICE H – Genograma família 1	144
APÊNDICE I – Ecomapa família 1	145
APÊNDICE J – Genograma família 2	146
APÊNDICE K – Ecomapa família 2	147
APÊNDICE L – Genograma família 3	148
APÊNDICE M – Ecomapa família 3	149
APÊNDICE N – Genograma família 4	150
APÊNDICE O – Ecomapa família 4	151
APÊNDICE P – Genograma família 5	152
APÊNDICE Q – Ecomapa família 5	153
ANEXOS	154
ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa em seres humanos da UFSCar	154

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o problema do consumo de substâncias psicoativas nos contextos nacional e internacional tem despertado preocupações de autoridades governamentais e sanitárias, considerando os agravos nas dimensões de saúde, educação, social, laboral, econômica e segurança pública (WHO, 2014).

No contexto global, o Relatório Mundial de Drogas elaborado pela *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) aponta que em 2014, 250 milhões de pessoas na faixa etária entre 15 e 64 anos consumiram pela menos um tipo de droga. Apesar de o referido relatório salientar a estabilidade de tais dados em relação aos anos anteriores, houve um aumento relevante em seis anos referente ao número de pessoas que apresentam algum tipo de transtorno advindo deste consumo (UNODC, 2016).

No Brasil, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD), realizado em 2012, salienta que 134.370.019 pessoas já fizeram uso de pelo menos uma substância psicoativa, alguma vez na vida. As três substâncias mais consumidas alguma vez na vida, pelos adultos entrevistados, foram a maconha (6,8%), cocaína (3,8%) e estimulantes (2,7%) (LENAD, 2014).

O consumo de drogas apresenta sérias repercussões nos aspectos mais amplos da vida, não afetando somente o indivíduo usuário ou dependente químico, mas todos os sistemas que o envolvem. Além de a droga afetar a cultura e economia do país, ela gera impactos significativos na saúde (número de casos de doenças infectocontagiosas, de agravos de doenças variadas, transtornos mentais e índice de internações decorrentes às complicações do consumo de substâncias psicoativas), na segurança pública (crime, violência e acidentes de trânsito), escola (baixo rendimento escolar, evasão, reprovações), trabalho (queda de rendimento laboral, absenteísmo, aposentadoria precoce, licenças de saúde frequentes) e ambiente familiar (conflitos familiares, violência doméstica e alterações nas relações interpessoais) (LENAD, 2014; REIS; OLIVEIRA, 2015).

Dessa maneira, a dependência de substâncias psicoativas gera na família impactos significativos em suas relações, tornando-se, muitas vezes, o foco único e primordial em relação às outras questões da vida cotidiana familiar. No processo da família enfrentar tal problemática através do controle do consumo da substância pelo membro familiar, muitas vezes, ela não obtém sucesso. Devido a tal fato, os familiares buscam os culpados ou responsáveis pela situação que vivenciam, além da emergência de

sentimentos de angústia, medo e insegurança. Na maioria das vezes, a avaliação da família é de maneira depreciativa e gera tensões no ambiente familiar (SILVA; ZUGMAN; MOURA, 2015).

Tendo em vista a complexidade deste assunto e os impactos que a dependência química acarreta, há uma mobilização das autoridades sanitárias em busca de estratégias de intervenção nas dimensões de promoção e prevenção a esta problemática, bem como ao seu tratamento e fortalecimento de estratégias de enfrentamento. No tocante ao tratamento da dependência química, uma das estratégias consiste em abordá-la no contexto familiar.

A maioria dos estudos sobre família e dependência química considera a família tanto cenário de risco como de proteção (PAYÁ, FIGLIE, 2010; PAYÁ, 2011). No enfoque de cenário de risco, as pesquisas salientam que famílias apresentam conflitos relacionais e organizacionais, com comportamentos violentos, não afetivos, dificuldades na comunicação e estabelecimento de regras (PAZ; COLOSSI, 2013; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013; CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015; ABASI; MOHAMMADKHANI, 2016).

Na perspectiva de cenário de proteção, ao visar o tratamento do dependente químico, a família assume papel importante quando se torna criadora de possibilidades de saúde, oferecendo oportunidade de transformação e/ou resolução de problemas. O suporte informativo, emocional e o envolvimento parental são fatores importantes no cuidado ao membro dependente de substâncias psicoativas (PAYÁ; FIGLIE, 2010; BENCHAYA et al., 2011; MALTA et al., 2011; ALVAREZ et al., 2012; LEMOS et al., 2012).

O envolvimento no tratamento e a busca por ajuda pelos membros familiares são fatores a serem considerados, já que algumas famílias são abaladas pelas crises e estresses persistentes que permeiam essa realidade, podendo emergir ou não das situações adversas com mais recursos e fortalecidas (WALSH, 2003; 2005). A este fenômeno ou capacidade de superação apresentado por um indivíduo, um grupo ou uma comunidade, dá-se o nome de resiliência.

A abordagem da resiliência familiar visa reconhecer e fortalecer processos interacionais que auxiliem as famílias a lidar com as dificuldades e os desafios experienciados durante todas as etapas da vida, portanto enquanto processo, e também construir e fortalecer estratégias para o enfrentamento dessas situações conflitantes (WALSH, 2003; 2005), num determinado contexto.

1.1 Família e sua funcionalidade no contexto da dependência de substâncias psicoativas

Abordar a relação entre família e dependência de substâncias psicoativas requer, primeiramente, conceituar substância psicoativa, uso abusivo e dependência e família.

O termo substância psicoativa é compreendido como toda substância química que afeta principalmente o Sistema Nervoso Central e altera o funcionamento cerebral, desencadeando mudanças senso perceptiva, comportamental, afetiva e de consciência (WHO, 2004).

Para definição de critério diagnóstico do uso abusivo e dependência, os profissionais de saúde se embasam pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), elaborado pela Organização Mundial da Saúde. Tal classificação é o critério adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, abrangendo todas as doenças (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; SUPERA, 2014).

Um dos capítulos da CID-10 é direcionado aos transtornos mentais e de comportamento, incluindo aqueles causados pelo uso de substâncias psicoativas. Nela também são apresentados os conceitos de uso nocivo e síndrome de dependência das diferentes substâncias psicoativas, que estão classificadas em sequência de código de F10 a F19 de suas respectivas doenças. Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso nocivo de substâncias psicoativas são compreendidos quando o usuário de drogas mantém um padrão de uso prejudicial que acarreta danos físicos, mentais e sociais a ele, sem que os critérios de dependência sejam preenchidos. No uso nocivo, as complicações podem ser físicas (como hepatites ou outras complicações), ou psíquicas (como episódios depressivos após uso em grande quantidade de substância psicoativa), e o diagnóstico somente pode ser dado caso haja dano físico e mental no usuário e se a dependência ou outro distúrbio não estiver presente (OMS, 2008).

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao consumo de substâncias psicoativas relacionadas à síndrome de dependência caracterizam-se por sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos decorrentes do consumo repetitivo destas substâncias (OMS, 2008). A pessoa em síndrome de dependência vive um padrão constante e descontrolado de uso, podendo somente ser diagnosticada caso três ou mais critérios sejam vivenciados em algum momento do último ano do indivíduo, sendo eles: desejo intenso ou compulsão para uso da droga; dificuldades no controle do consumo,

considerando o início, o término e o padrão mantido do consumo; estado de abstinência fisiológica, ou seja, quando cessa ou reduz o uso da substância, gerando a síndrome de abstinência característica para droga de consumo, ou até mesmo quando há uso da mesma substância com o objetivo de alívio desses sintomas da abstinência; evidência de tolerância, quando o padrão de uso deve aumentar para se alcançar os efeitos obtidos anteriormente; abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, tornando o uso da droga sua prioridade e aumentando o tempo de uso e de recuperação dos efeitos; persistência no uso da substância, apesar do conhecimento das consequências nocivas à saúde (OMS, 2008).

No referente à família, na perspectiva sistêmica, ela é definida como um grupo de indivíduos vinculados por ligação afetiva e não somente por consanguinidade, em que permeia um sentimento de pertença entre seus membros e o grupo, sendo assim flexível e capaz de abranger qualquer configuração familiar presente atualmente na sociedade (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

O conceito de família das autoras acima citadas coincide com o de Friedman (2003), que define o termo família como duas ou mais pessoas que estão unidas por um vínculo de compartilhamento e proximidade emocional afetiva, os quais se identificam como sendo parte de um mesmo núcleo familiar e não somente na dimensão de consanguinidade.

Influenciada por diversas teorias e estudada em diferentes países, a abordagem sistêmica reconhece uma co-evolução entre a dinâmica familiar e a problemática de saúde. Assim, a dinâmica familiar e a evolução da doença se influenciam mutuamente, tornando-se um processo circular ao longo do tempo (GALERA; LUIS, 2002).

Esse pensamento enriquece com a percepção de uma intensa relação, dinamicidade e retroação entre os elementos familiares e os elementos da rede social, em que cada um deles desempenha um papel extremamente importante para a manutenção da estrutura e da dinâmica social e familiar, bem como para a saúde ou doença mental dos seus componentes (ORTH, 2005).

No pensamento sistêmico, a interação entre os membros familiares influencia sua funcionalidade, bem como a sua dinâmica funcional pode influenciar nas relações interpessoais do sistema. Assim, a família é entendida como “um todo que é maior que a soma de suas partes” (WRIGHT; LEAHEY, 2012, p. 16-17), ou seja, não é somente a soma de cada componente familiar, mas trata-se de uma unidade, um todo em que ocorrem interações interpessoais e o contexto no qual estão inseridos.

Esta abordagem visa compreender as relações entre os diferentes sistemas e subsistemas dentro do sistema familiar, para entender o funcionamento de cada um deles. Essas relações influenciam nas crenças, comportamentos e sentimentos de cada membro, sendo que esses, por sua vez, também influenciam as relações entre os diferentes membros (Duhamel, 1995 citado por GALERA;LUÍS, 2002). Portanto, no âmbito da dependência química, as pessoas que consomem drogas psicoativas estão inseridas em um contexto em que os seus valores, crenças, sentimentos, emoções, atitudes e comportamentos causam ressonâncias e influenciam as atitudes e comportamentos dos outros membros da família, mas também são influenciados por eles (PAYÁ; FIGLIE, 2010).

De forma geral, considerando a família na abordagem sistêmica, ela é compreendida como um sistema, em que as influências entre seus membros são recíprocas e circulares, portanto, quando há um problema de saúde em um membro, há ressonância em todos, todos afetam e são afetados (OLIVEIRA, 2012). Nesta visão, o membro da família dependente ou usuário abusivo de drogas exerce uma função neste sistema familiar e este se organiza para manter-se em equilíbrio dinâmico, mesmo que a dependência química faça parte de seu funcionamento (PAYÁ, 2011; GUIMARÃES; ALELUIA, 2012).

O termo funcionamento familiar é utilizado por Walsh (2005) para descrever os processos relacionais existentes nas famílias, ou seja, o modo como uma família desempenha as suas funções. Diante disso, o acompanhamento da família se torna indispensável durante o cuidado e tratamento da dependência química, se atentando à dinâmica e às relações familiares.

O Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD FAMÍLIA, 2012), realizado pela Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD) e pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), entrevistou 3.164 familiares de usuários em tratamento ambulatorial ou internação, em 23 capitais de todas as regiões brasileiras, sendo eles 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Em sua maioria, mães de dependentes químicos (46,5%).

No mesmo levantamento, a maioria dos familiares descobriu o consumo da droga pelo membro familiar ao perceberem mudanças no seu comportamento, ou seja, aumento da agressividade e alterações senso perceptivas. Ainda, 53,2% dos pacientes se encontravam internado, sendo a família a responsável pelas despesas da internação

(LENAD FAMÍLIA, 2012). A família passa por intensas mudanças, transformações, enfrenta novos desafios sociais, econômicos e relacionais, e também é submetida a novos sentimentos, o que demanda novas reflexões, atitudes e tomadas de decisões.

Grande preocupação é quando o foco do cuidado às famílias que vivenciam a dependência química está no déficit, nas fragilidades e problemas. Relações familiares conflitantes, hábitos permissivos ou demasiadamente rígidos e sem afeto, presença de dependência química por outros membros da família são vistos como fatores que facilitam a dependência e geram ou reforçam comportamentos desfavoráveis do membro adoecido pela dependência de substâncias psicoativas (PAZ; COLOSSI, 2013; SELEGHIM, OLIVEIRA, 2013; CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015; ABASI; MOHAMMADKHANI, 2016; BORTOLON et al., 2016). Esses comportamentos e características são priorizados, enquanto os potenciais e as forças existentes no sistema familiar são despercebidos, gerando na família sentimentos de culpa, responsabilização, tristeza, medo e insegurança.

A maioria dos estudos nacionais e internacionais sobre a relação entre família e dependência de substâncias psicoativas aborda a família como fator ou cenário de risco, portanto, predominando uma visão negativa e de déficit nas relações familiares (PAZ; COLOSSI, 2013; BORTOLON et al., 2016; ASKIAN et al., 2016).

No enfoque da família como cenário de risco, os fatores podem estar associados às relações afetivas conflitantes entre seus membros, estilos parentais tanto autoritários como negligentes, presença de situações de violência física de pais diante de seus filhos, muitas vezes advindas de antecedentes de uso de substâncias psicoativas (SPAs) pelos próprios pais, ambiente familiar dominado por conflitos emergentes, falta de critérios no estabelecimento de regras, desinteresse dos pais pelos afazeres dos filhos, dificuldade na comunicação, entre outros (SCHENKER; MINAYO, 2003; PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; SCHENKER; MINAYO, 2004; BAHR; HOFFMANN; YANG, 2005; SCHENKER; MINAYO, 2005; COSTA et al., 2007; MILENA et al., 2007; PAIVA; RONZANI, 2009; VARGENS et al., 2009; HERMETO; SAMPAIO; CARNEIRO, 2010; STANCATO et al., 2010; PAYÁ; FIGLIE, 2010; BENCHAYA et al., 2011; GARCIA; PILLON; SANTO, 2011; MALTA et al., 2011; PAZ; COLOSSI, 2013; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013; CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015; ABASI; MOHAMMADKHANI, 2016).

Partindo dessa visão deficitária da família, em que as dificuldades e as limitações familiares são evidenciadas, o comportamento é visto através da codependência.

Um conceito associado primeiramente ao comportamento de familiares de usuários de álcool, em 1940, o termo codependência vai se intensificando e passa a ser relacionado com outras relações que envolvam dependência, como jogo, comida, sexo, entre outras. Em 1980, quando o foco sobre família começa a crescer, o termo codependência passa a expressar as relações interpessoais em que há uma relação disfuncional de dependência, dentro do sistema familiar (SILVA; ZUGMAN; MOURA, 2015).

A codependência é vista como um problema multidimensional e multifatorial em que há uma grande necessidade dos familiares assumirem um papel de cuidador e produzir vínculos e laços afetivos que atuam de maneira a reforçar os padrões de comportamento assumidos pelos dependentes químicos (BORTOLON et al., 2016).

No contexto da dependência química, a codependência é vista de forma deficitária e patológica pelos profissionais de saúde quando os familiares abrem mão de hábitos, trabalhos, momentos de lazer e até mesmo de cuidados pessoais para ofertar atenção máxima ao familiar dependente químico e passa a ter novas rotinas baseadas na necessidade do adoecido.

Em estudo transversal com 505 familiares de dependentes químicos, Bortolon et al. (2016) relataram que auto sacrifício, sobrecarga emocional e auto negligência foram sintomas relacionados à alta codependência no funcionamento das famílias. Planos são cancelados, vidas pessoais e profissionais são alteradas baseadas nas condições e comportamentos do membro envolvido com a dependência química.

Membros de famílias que vivenciam a codependência apresentam grande necessidade de cuidado e controle dos comportamentos do membro adoecido, negligenciando suas próprias necessidades e se tornando “disfuncional” (ASKIAN et al., 2016; BORTOLON et al., 2016).

Sendo assim, a codependência caminha no sentido da patologia, focada na compreensão de comportamentos considerados disfuncionais e na aceitação da doença e consequente adaptação. Em contrapartida, a resiliência é entendida no sentido contrário à patologização e contribui para a diminuição da visão deficitária da família (SILVA; ZUGMAN; MOURA, 2015).

O conceito de resiliência é importante porque surge em uma época em que ocorrem grandes mudanças no conceito e na composição de famílias, o que faz com que os membros familiares estejam submetidos a muitas transformações e expostos a novos desafios diariamente. Essa visão compreende que o funcionamento que gera o bem estar dos familiares varia de acordo com os desafios vivenciados durante toda a vida. O olhar da resiliência é colaborativo, em que o sucesso conta muito mais com as atitudes da família do que com as dos profissionais (SILVA; ZUGMAN; MOURA, 2015).

O objetivo do cuidado a partir da visão de resiliência é detectar e fortalecer as competências e os potenciais da unidade familiar. É necessário entender que toda família possui capacidade de superação e crescimento, e que se deve buscar compreender as especificidades de cada unidade familiar para que ela obtenha resultados positivos (SILVA; ZUGMAN; MOURA, 2015).

Dessa maneira, a codependência e a resiliência caminham em sentidos opostos. Enquanto a codependência é voltada para o problema, para as dificuldades e para o passado, a resiliência caminha para a solução, a mudança e o futuro, fazendo da família um ser ativo no processo (SILVA; ZUGMAN; MOURA, 2015).

Essa compreensão é necessária, pois influenciará na visão que o profissional de saúde tem sobre a família envolvida no contexto da dependência química, bem como subsidiará suas ações. Olhar para as potencialidades e forças que a família possui, auxiliar no reconhecimento e no fortalecimento delas gera empoderamento do sistema familiar, humanização do cuidado e geração de possibilidades de transformação.

1.2 O CAPS-AD e a participação da família no tratamento e cuidado ao dependente de substâncias psicoativas

Diante da necessidade de que o Sistema Único de Saúde ofereça uma rede de serviços de atenção à área de saúde mental articulada, efetiva e vinculada aos princípios da Reforma Psiquiátrica¹, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e da republicada em 2013, com a finalidade de criação, ampliação e articulação dos serviços de atenção à saúde às

¹ Processo histórico, político, jurídico, social e cultural complexo que requer transformações de saberes e práticas relacionadas aos valores socioculturais, às questões legais e de políticas públicas de saúde, à saúde mental e de álcool e outras drogas, bem como nas relações interpessoais desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde e na sociedade para com os usuários que sofrem psiquicamente e aos que fazem uso problemático de substâncias psicoativas (AMARANTE, 1997; BRASIL, 2003; BRASIL, 2005; DELGADO et al., 2007).

pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

A expansão dessa rede é oriunda do processo da Reforma Psiquiátrica, que também busca a substituição de serviços baseados no modelo hospitalocêntrico/manicomial por serviços de base comunitária e de atenção especializada (BRASIL, 2003). A RAPS é composta por serviços de Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde propõe intensamente a adoção dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, considerando o contato destes centros com os outros serviços territorializados na rede, os quais em conjunto constroem as novas formas de cuidado. O objetivo do CAPS é “oferecer atendimento à população; realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (p.13). Constituem em serviços de saúde sob a responsabilidade do município, com características de portas abertas e comunitários que oferecem atendimento diário; promovem o exercício de autonomia do usuário e incentivo à participação de sua família, convidando-os à responsabilização e ao protagonismo na trajetória de seus tratamentos (BRASIL, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) é um serviço que atende pessoas de todas as faixas etárias em sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo constituído por equipe multiprofissional² que busca uma atuação com enfoque interdisciplinar³ e que realiza atendimento e tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo⁴. Ele é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). O trabalho desenvolvido no CAPS-AD baseia-se na filosofia de respeito à pessoa e seu direito de cidadania, sendo realizado em diversos espaços coletivos, isto é, em grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe, porém sempre articulados com

² Trabalho multiprofissional consiste na união de diferentes profissionais que interagem, ocorrendo discussão e saberes articulados (MARQUES et al., 2007).

³ Enfoque interdisciplinar consiste em uma prática que haja interação entre as diversas disciplinas e diferentes conhecimentos (CARPES et al., 2012).

⁴ Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos usuários que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos usuários que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico singular, mas não precisam estar diariamente no CAPS-AD; não intensivo é o atendimento que em função do quadro clínico pode ter uma frequência menor (BRASIL, 2011).

diferentes serviços da rede de saúde e outros recursos disponíveis no município. A sistematização do cuidado é realizada através do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁵ envolvendo e articulando equipe-usuário-família (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Dessa maneira, observa-se que o atendimento à família é uma importante atribuição do CAPS-AD, bem como o auxílio para a inserção do dependente de substâncias psicoativas no contexto familiar e a participação de seus membros familiares em seu tratamento (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Esse novo olhar de inserção da família no cuidado em saúde mental é resultado da Reforma Psiquiátrica, que preconiza a unidade familiar como participante ativa do tratamento. Essa participação deve ser assegurada pelos trabalhadores de saúde, inclusive na elaboração do PTS e em debates sobre o tema (BRASIL, 2013).

É importante ressaltar que o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico no espaço domiciliar pode ser considerado um trabalho complexo, requerendo disponibilidade, compreensão, capacitação e informação dos profissionais, para promover segurança e conhecimento aos membros familiares cuidadores no enfrentamento e manejo de situações e sentimentos advindos desse contexto (ANTUNES et al., 2012; BRASIL, 2013). Por meio das conversas terapêuticas na visita domiciliar, o profissional percebe a necessidade dos familiares, compreende o contexto em que o indivíduo e sua família estão inseridos, estreita laços afetivos e auxilia os familiares no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (ANTUNES et al., 2012; MARTINS; PEREIRA; SOUSA, 2013; DUARTE, 2014), inclusive os decorrentes do consumo de drogas.

Uma vez que a família é considerada unidade e contexto de cuidado (ÂNGELO et al., 2009), a abordagem familiar deve ultrapassar aspectos que envolvem somente suas dificuldades, bem como propor soluções. No objetivo de fortalecer a família de indivíduos em sofrimento psíquico e/ou àqueles que consomem substâncias psicoativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas, a atenção e cuidado do profissional de saúde não devem estar focados no déficit familiar, mas em suas fortalezas (ROOKE; PEREIRA-SILVA, 2012; BRASIL, 2013).

O estudo de Alvarez et al. (2012) com familiares que fazem acompanhamento em grupos oferecidos pelo CAPS-AD de uma cidade da região sul do Brasil salienta o aprendizado destes para o manejo de situações complexas diante da dependência

⁵ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma articulação de ações terapêuticas destinadas a um indivíduo ou a um grupo, resultante de discussões da equipe interdisciplinar, com apoio da equipe matricial, quando preciso (BRASIL, 2007).

química de seu familiar, sendo fortalecidos e instrumentalizados para tal enfrentamento. Os familiares do referido estudo relatam que sem o apoio e o conhecimento que adquirem nos encontros grupais, eles não conseguiriam auxiliar no tratamento e recuperação de seu membro adoecido. Tais encontros são reconhecidos por eles como possibilidades de aquisição de conhecimentos, espaços de escuta, desabafos, acolhimento, troca de experiências, expressão de seus sentimentos sem medo de serem julgados, constituindo-se em espaço terapêutico à família. Tais dados corroboram outros estudos com grupos de orientação familiar de dependentes químicos em que as experiências semelhantes e compartilhadas entre os participantes, os ajudam no sentimento de pertença e fortalecimento para o apoio mútuo e de outros familiares (GOMES et al., 2012; CASSOL et al., 2012; ALVES et al., 2015).

A literatura demonstra o papel importante da família como apoio e fonte de sustentação, capaz de manter o vínculo social do familiar dependente de substâncias psicoativas. A atuação conjunta dos profissionais e da família contribui para um tratamento efetivo e para sua recuperação (ALVAREZ et al., 2012).

Estudo salienta, na percepção de usuários de crack, que a participação dos familiares nos grupos de família contribui para significativa mudança positiva no ambiente domiciliar, principalmente no relacionamento e manejo de situação de conflito. Os relatos ressaltam que a participação da família no tratamento é uma demonstração de interesse no cuidado e reabilitação do dependente químico, o que gera sentimentos de satisfação e conforto no mesmo, além de instrumentalizar a família para os desafios vivenciados (DUARTE; VIANA; OLSCHOWSKY, 2015).

O apoio e a participação dos membros familiares durante o tratamento auxiliam no engajamento e adesão do dependente de substâncias psicoativas no processo terapêutico e o auxilia no resgate de interações sociais (AZEVEDO; SILVA, 2013).

Assim, percebe-se que este novo olhar do profissional de saúde à família projeta novas perspectivas ao cuidado em saúde mental, principalmente à pessoa em sofrimento psíquico decorrente do consumo de substâncias psicoativas. Considerar a família como fonte de apoio e fortalecê-la para o cuidado permite uma atenção integral ao seu membro familiar adoecido e a ela mesma, enquanto unidade e contexto de cuidado. É extremamente importante que a equipe de saúde trabalhe em parceria com a família, quando esta o permitir, para que ela seja capaz de vislumbrar e refletir sobre suas potencialidades e fortalezas, que a auxiliarão no enfrentamento das dificuldades e dos desafios.

Ressalta-se que o espaço terapêutico deve ser oferecido a todos os protagonistas, isto é, usuário, família e família ampliada, como oportunidade de adquirirem conhecimento, aprenderem a lidar com emoções, fortalecerem o processo de comunicação entre seus membros, avaliarem e replanejarem os padrões organizacionais do contexto familiar e social.

1.3 Resiliência e resiliência familiar

O termo resiliência tem sua origem nas ciências exatas, especificamente na Física, ao se referir à capacidade de alguns materiais metálicos sofrerem tensão, absorverem energia e retornarem ao seu estado normal, sem deformações permanentes (YUNES, 2003). Portanto, envolvendo significados de resistência, flexibilidade e adaptação. Com o passar do tempo, o termo foi apropriado pelas Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, correlacionando-o à habilidade de uma pessoa retornar ao seu estado usual de saúde, depois de passar por situações de doença ou dificuldades (YUNES, 2003; BRANDÃO, 2009). Entretanto, foi na Psicologia Positiva⁶, que tal conceito foi amplamente pesquisado e utilizado em uma perspectiva positiva, em que o foco passa a ser as características potenciais e saudáveis dos indivíduos, ao invés da psicopatologia (BRANDÃO, 2009). Trata-se de um enfoque científico nas qualidades do ser humano e do estímulo a um funcionamento saudável e de enfrentamento positivo diante da adversidade (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Escritores anglo-saxões compreendem a resiliência como um fenômeno relacionado à resistência ao estresse, sendo os sujeitos de pesquisa pessoas que não se abalaram diante das situações adversas vivenciadas (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; SEIDL; BENETTI, 2011).

Rutter (1993) questiona a visão de resistência e invulnerabilidade, pois o autor acredita que as pessoas não são totalmente resistentes ao estresse, portanto, invulneráveis e não saem ilesas das situações de risco. A resiliência depende de processos sociais e intrapsíquicos da pessoa, considerados mediadores, que a possibilitam viver de modo saudável, mesmo em contexto de risco. Assim, na percepção de Rutter (2012; 2013), a resiliência consiste em fenômeno interativo, e que algumas

⁶ A Psicologia Positiva é um ramo da psicologia que estuda as condições e processos que contribuem para o crescimento ou funcionamento saudável das pessoas, grupos ou instituições. O foco de estudo, pesquisa e intervenção está centrado nos fatores de bem-estar, que permeiam emoções positivas, forças positivas da pessoa ou família, otimismo, esperança, que foram relevadas por experiências positivas gratificantes e significativas (FORGEARD; SELIGMAN, 2012).

peças têm resultados relativamente positivos em relação às outras, expostas aos mesmos fatores de risco. Portanto, dependerá de variação individual em resposta aos fatores de risco (RUTTER, 1993). Para Martins (2014), apropriando-se da percepção de Rutter, a resiliência não é nata ou adquirida no desenvolvimento da vida, mas advém de processo interacional entre a pessoa e seu meio. Para Rutter (2012), em algumas circunstâncias, a pessoa ao ser exposta ao estresse pode desencadear uma maior resistência à próxima situação de estresse vivenciada (o que ele chama de “efeito de aço”), porém, depende das diferenças individuais da pessoa em resposta à adversidade.

A compreensão da relação entre vulnerabilidade e resiliência desencadeou pesquisas que focaram a resiliência na perspectiva individual, salientando traços de personalidade e disposição pessoal (RUTTER, 1993; YUNES, 2003; BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Assim, a resiliência foi compreendida como característica de uma pessoa que se mantém ao longo da vida, e, portanto, considerada como “pessoa resiliente”, com habilidades e competências diante das adversidades da vida (TABOADA et al., 2006). Algumas pesquisas foram desenvolvidas longitudinalmente, apreendendo os padrões de adaptação individual de crianças associados ao ajustamento na fase adulta, refletindo sobre questões de prevenção e superação de danos derivados das adversidades vividas (Sroufer; Rutter, 1984; Werner; Smith, 1989; 1992 citados por YUNES, 2003).

Em relação aos pesquisadores brasileiros e de línguas latinas compreendem a resiliência ora como resistência ao estresse, ora associada à recuperação e superação de situações estressantes que geram abalos emocionais (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; SEIDL; BENETTI, 2011). Assim, o indivíduo pode ser compreendido como alguém que não se deixa abalar pela situação estressante ou como aquele que foi afetado, mas que construiu maneiras de se recuperar e superar o contexto da dependência química.

O conceito, dessa forma, é ampliado e a resiliência passa a ser abordada como uma ideia que vai além da recuperação de um dano, ela passa a ser vista como a capacidade de superação acompanhada de crescimento (WALSH, 2005, 2012; BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

As ideias de resiliência no âmbito do individual e como processo interativo foram apropriadas e direcionadas para as pesquisas de funcionamento familiar. Dessa maneira, nos anos de 1990 apareceu um novo construto teórico, a resiliência familiar (OH; CHANG, 2014). A “família resiliente” foi compreendida nas diversas

perspectivas, tais como: somatória de características (traços) de resiliência de cada membro familiar (visão tradicional) (RUTTER, 1987; SIMON, MURPHY, SMITH, 2005; BLACK, LOBO, 2008) ou propriedades ou processos relacionais de famílias enquanto unidade familiar (visão contemporânea) (MCCUBBIN, MCCUBBIN, 1988; SIMON, MURPHY, SMITH, 2005; WALSH, 2005; OH, CHANG, 2014). Na visão mais contemporânea, os estudiosos ressaltam que a resiliência é construída em uma rede de relações, portanto, na visão sistêmica, e nos estágios vitais de desenvolvimento da família (OH, CHANG, 2014; MARTINS, 2014). Além disso, busca-se valorizar a resiliência familiar ao longo da vida e não somente em uma condição mais estática, ou seja, quando se privilegia a intersecção momentânea em que os membros da família e unidade familiar se deparam com a adversidade ou desafio (OH; CHANG, 2014), como por exemplo, a presença de um ou mais membros da família que consomem substâncias psicoativas.

Tem-se, portanto, uma transição da visão individual para a sistêmica, em que há interação entre todos os membros da família, as ações são interligadas, há impacto e repercussão da problemática em todos da família, os quais enfrentam a situação adversa e superam de maneira saudável. A família passa a ser vista com capacidade de superar a adversidades e desafios da vida e os futuros, enquanto unidade.

McCubbin e McCubbin (1988), ao estudarem a resiliência familiar, utilizam tipologias de famílias resilientes. Os autores compreendem que, durante o enfrentamento das situações adversas, a família passa pela fase de ajuste e pela fase de adaptação. Com alterações significativas na família diante da crise, padrões de comportamento, normas e regras familiares são alterados a fim de se ajustarem à nova realidade, buscando as potencialidades e capacidades que ajudarão nesse ajustamento. Assim, as famílias devem avaliar qual a melhor maneira para se adaptarem e gerenciarem as grandes mudanças.

Patterson (1995), por sua vez, apresenta três esferas em seu modelo, sendo elas “fontes de estresse”, “mediadores do estresse” e “resultados do estresse”. As fontes são chamadas de demandas, e podem emergir dos membros familiares, da unidade familiar ou da comunidade. Os mediadores são as capacidades e são encontradas em todos esses sistemas. Por fim, os resultados dos esforços da família são para proporcionar o ajustamento familiar e a adaptação familiar. Bons resultados são refletidos em uma saúde positiva dos membros familiares, em um funcionamento ideal dos membros e na

manutenção de uma unidade familiar capaz de cumprir o seu papel durante todo o ciclo vital.

Segundo Oh e Chang (2014), os estudos mais recentes sobre resiliência familiar tendem a enfatizar a natureza contextual e interativa do conceito, tendo em vista que as famílias são submetidas a diferentes estressores, experienciam diversas dificuldades e possuem diferentes recursos em momentos distintos. Além disso, o olhar tem se direcionado para os aspectos saudáveis da família, para o sucesso, a motivação, bem como para as capacidades da unidade familiar (SEIDL; BENETTI, 2011).

Uma recente revisão de literatura sobre o panorama geral da produção científica brasileira sobre resiliência, no período de 1970 a 2014, demonstrou que 84,3% dos estudos abordam a resiliência individual e 15,7% focam a resiliência familiar. Em relação aos assuntos estudados na resiliência individual e familiar, “resiliência e adversidades” consistiu em principal categoria, sendo o foco para “doenças e deficiências” (ROOKE, 2015), porém o estudo não especifica quais tipos de doenças e em qual área de saúde são analisadas. Assim, percebe-se a importância de investigar a resiliência familiar no âmbito da dependência de substâncias psicoativas.

Nesta presente pesquisa, utilizou-se do referencial teórico interpretativo de resiliência familiar de Froma Walsh (2003; 2005; 2012; 2016). De acordo com a autora, a resiliência é compreendida na perspectiva sistêmica, em que ela é construída, desenvolvida e vivida em um contexto relacional e de experiência no decorrer do ciclo vital, abrangendo um modelo interacional complexo, em que há influência mútua por parte dos envolvidos nos sistemas familiares e sociais. Uma vez que os processos de enfrentamento e adaptação da família como unidade funcional são compreendidos, pode-se também compreender como isso influencia na superação da adversidade ou desafio (WALSH, 2005; 2012).

Assim, as famílias que vivenciam situações complexas e desafiadoras, e que muitas vezes, são consideradas como “disfuncionais” ou “prejudicadas” podem descobrir algumas de suas fortalezas e resiliência (WALSH, 2016), como por exemplo, famílias em contexto de dependência de substâncias psicoativas por longos períodos de tempo. Portanto, a resiliência familiar, percebida enquanto unidade familiar e funcional, considera o modo como a família enfrenta e lida com tais experiências adversas, se reorganiza eficientemente e as supera, ressoando em toda a família e suas relações (WALSH, 2005; 2012; 2016).

Para compreender a resiliência familiar, deve-se atentar para os elementos fundamentais que Walsh (2005; 2012; 2016) apresenta como pertencente a um funcionamento familiar saudável, sendo eles os sistemas de crenças (“coração e alma da resiliência”), os padrões organizacionais (amortecedores dos choques familiares) e os processos de comunicação (facilitadores do funcionamento familiar). Tais elementos, reconhecidos como processos-chaves, não correspondem às características de uma “família resiliente”, mas são processos dinâmicos e relacionais que abrangem forças e recursos internos e externos à família, disponíveis para que ela possa reconhecê-los, acessá-los e fortalecê-la em sua resiliência (WALSH, 2016). Para a autora, o conceito de família saudável não corresponde à ausência de problemas, mas de como ela percebe e enfrenta quando se depara com situações adversas e infortúnios inerentes à condição humana, durante o seu ciclo vital. Mais do que estrutura familiar, o importante é a essência e qualidade dos processos relacionais familiares para um funcionamento saudável (WALSH, 2005; 2016).

Os sistemas de crenças abrangem os valores da unidade familiar, bem como as convicções, as atitudes, as tendências e as suposições, ocasionando reações emocionais, informando decisões e guiando ações. As crenças facilitadoras são capazes de aumentar o funcionamento eficaz da família, de contribuir no aumento das opções para resoluções de problemas, ocasionando um crescimento e fortalecimento do sistema familiar (WALSH, 2005; 2012).

As crenças consistem em lentes que possibilitam à família ver o mundo em que vive. Elas influenciam a visão da unidade familiar, bem como a maneira de compreender e perceber o mundo, apreender significados da experiência de vida da família e dar sentido às reações e ações da família frente às situações do cotidiano (WRIGHT; BELL, 2009).

Essas crenças são construídas socialmente, baseadas e influenciadas por experiências vividas e valores culturais familiares. Elas são compartilhadas entre os membros do sistema, podendo ser alteradas ou fortalecidas durante todo o ciclo vital da família. Esse compartilhamento permite que as normas e as expectativas da unidade familiar sejam construídas e moldadas (WALSH, 2005; 2012).

Dentro das crenças familiares, o primeiro tópico é a capacidade de extrair significado da adversidade. A crise é compreendida como um desafio compartilhado, ou seja, as situações adversas são abordadas em união entre os membros da família, bem como deles com pessoas externas a esse sistema, facilitando o processo de superação. O

processo de superar a adversidade em conjunto possibilita o fortalecimento dos laços familiares, reforçando a força e a confiança da família (WALSH, 2005; 2016). O estabelecimento de confiança entre os membros familiares é extremamente importante, pois facilita a comunicação, o entendimento e a resolução de problemas. O compartilhamento das experiências advindas de situações de crises entre os familiares podem ser reinterpretadas e ressignificadas pelo grupo, aumentando a possibilidade de superação da adversidade (WALSH, 2005).

Além disso, há o senso de coerência, compreendido como uma orientação compreensível, significativa e gerenciável para a vida das pessoas. A família sente-se confiante e capaz para identificar a situação adversa, explicá-la, preveni-la e controlá-la (WALSH, 2005).

Outro tópico pertencente ao sistema de crenças é a perspectiva positiva na superação da adversidade. A perseverança, coragem e encorajamento, esperança, otimismo, crença no sucesso e no fracasso e o domínio ativo englobam a construção das forças familiares, sendo extremamente importantes no momento de lidar com as adversidades, as quais são vistas como desafios a serem enfrentados (WALSH, 2005; 2016).

Ao abordar a transcendência e a espiritualidade, participantes também do sistema de crenças, percebe-se que a família encontra maior significado e propósito da vida, bem como força, conforto, aprendizado e orientação nas situações difíceis e angustiantes, recorrendo, muitas vezes, às suas tradições culturais e espirituais (WALSH, 2005; 2016). Os recursos espirituais e religiosos, como por exemplo, a fé, meditação, práticas religiosas que envolvem a reza e oração, frequentar templos religiosos e conviver com grupos religiosos, buscar conexões profundas com a natureza, música e artes, são fontes importantes de resiliência (WALSH, 2016).

Algumas situações adversas podem ser enfrentadas também através de inspiração em outras pessoas que conseguiram lidar com situações de crise. A família passa a ter modelos de papel e heróis, baseando suas ações e resoluções de problemas nesses exemplos. Dessa forma, a família aprende a se transformar e a crescer perante os desafios da vida, adquirindo novas estratégias, novos significados e até mesmo capacidade de mudança e transformação (WALSH, 2005).

No que se trata aos padrões organizacionais, considerados os amortecedores dos choques familiares, Walsh (2005; 2012) aponta que as famílias devem se organizar de tal maneira que proporcione um bem estar aos seus membros e que funcione de maneira

eficaz para lidar com as situações estressoras. O fortalecimento da resiliência decorre de estrutura funcional flexível da família, pela busca de conectividade dos familiares e descoberta de seus recursos sociais e econômicos (WALSH, 2016).

Para isso, é necessário que a família apresente certa flexibilidade frente às mudanças vivenciadas, e ao mesmo tempo, uma estabilidade de regras, papéis e padrões interacionais. Essas capacidades devem ser balanceadas, para que atuem de forma eficaz e resiliente (WALSH, 2005). As famílias frente às situações desconhecidas e adversas necessitam de ajuda para reorganizar e renovar seus padrões relacionais em um novo e diferente contexto (WALSH, 2016). Há também a necessidade de que haja conexão na unidade familiar, compreendida como vínculo emocional entre os membros, que promova a realização de atividades que desenvolvam e permitam uma maior aproximação entre os indivíduos, com apoio mútuo e respeito, apesar das diferenças. Essa reciprocidade faz com que os membros familiares consigam se considerar importantes no processo, tanto com suas características individuais, quanto com sua participação enquanto pertencente a uma unidade familiar (WALSH, 2005).

No contexto da dependência de substâncias psicoativas, a maioria das evidências científicas mostra que as famílias que vivenciam crises prolongadas sofrem distanciamentos e rupturas de laços familiares (MEDEIROS et al., 2013; SOCCOL et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2015), permanecendo somente a figura feminina, seja da mãe, esposa ou avó do dependente químico (SILVA et al., 2013; MACIEL et al., 2014; NAVARRO et al., 2015).

Na perspectiva da resiliência, uma situação de crise ou adversa pode ser uma oportunidade à família para rever e reavaliar as suas interações, reconciliar e reparar os laços intrafamiliares e de família extensa que estavam rompidos (WALSH, 2016). Neste novo enfoque, a prática clínica do profissional de saúde deixa de priorizar informações sobre padrões organizacionais problemáticos e patológicos, e busca identificar e reforçar forças positivas junto à família, identificar membros familiares ou parentes apoiadores motivados para ajudarem no cuidado e tratamento da unidade familiar. É importante que fique clara a existência, a formação e o funcionamento dos subsistemas e dos limites familiares, ou seja, quem participa, como e quando. Sendo assim, também fica claro que há limites interpessoais nesse contexto, diferenças individuais e autonomia dos membros familiares (WALSH, 2005; 2012).

Nas famílias com funcionamento saudável, são formadas muitas e diferentes alianças positivas, em torno de preocupações e problemas compartilhados, a fim de

buscarem soluções ou estratégias de enfrentamento em conjunto. Assim, é fundamental que se tenham alianças flexíveis e trabalho em equipe frente às dificuldades, seja buscando apoio intrafamiliar ou extrafamiliar, tais como, parentes, profissionais, serviços de saúde ou amigos (WALSH, 2005; 2012).

Salienta-se também que os genitores assumem papéis e tarefas que demonstram uma liderança clara e forte, porém compartilhada entre eles, fundamental para a educação, proteção e orientação dos filhos, e no suprimento das suas necessidades básicas. Dessa forma, o apoio ao outro membro familiar no momento de necessidade é essencial e demonstra que a unidade familiar é aberta e permite trocas. Mobilizar a família ampliada e os recursos da comunidade em busca de apoio quanto a recursos sociais e econômicos (amigos, vizinhos, profissionais, serviços de saúde, parentes, trabalho entre outros) fortalece o sistema familiar e sua capacidade de resiliência (WALSH, 2005; 2012).

Além disso, é imprescindível que haja um equilíbrio entre os sistemas familiar e laboral, para que ambos possam ser cuidados. Diante de algumas situações de crise, os membros familiares buscam se reorganizar, para equilibrar tais sistemas visando um funcionamento saudável da família, e ao mesmo tempo, para uma melhora na segurança financeira familiar (WALSH, 2005). Por exemplo, muitos familiares passam a modificar seu horário de trabalho para poder acompanhar o membro adoecido pela dependência química no tratamento, e até mesmo para poder participar de grupos de orientação e cuidado à família nos serviços de saúde.

Por fim, o último elemento fundamental para a resiliência familiar é o processo de comunicação, o qual facilita o funcionamento da família. A comunicação pode apresentar apenas um aspecto de transferência de conteúdo e informação, mas também pode ser vista no aspecto de relacionamentos. A resiliência familiar é reconhecida quando as famílias se expressam e refletem sobre possíveis mudanças no sistema familiar para que consigam lidar com as adversidades (WALSH, 2005).

As mensagens devem ser transmitidas de forma clara, congruentes e as situações de crise devem ser esclarecidas e compreendidas. As emoções devem ser expressas pelos membros de forma aberta e compartilhada, empaticamente (WALSH, 2005).

Os problemas vivenciados devem ser resolvidos de forma cooperativa e colaborativa, com a participação e reflexão dos envolvidos. Primeiramente, a família reconhece a situação adversa, compartilha as suas informações, percepções e sentimentos, e posteriormente busca a melhor forma de solucioná-la, bem como

identifica e reconhece os recursos potenciais de cada membro e unidade funcional para o gerenciamento do conflito. Uma discussão criativa é sempre um espaço propício para envolver os indivíduos no processo de reflexão, principalmente após identificar a problemática. É importante que haja negociação, compromisso e reciprocidade para uma tomada de decisão compartilhada. Em busca de uma resolução efetiva, é necessário que a família adote uma postura proativa, se concentre em objetivos capazes de serem alcançados, a fim de planejarem ações concretas e atingíveis, acreditando no sucesso e aprendendo com o fracasso (WALSH, 2005).

Estudo de caso controle com crianças e adolescentes advindos de famílias que fazem uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, em situação de alta vulnerabilidade social, aponta que famílias com membros dependentes de drogas são mais propensas a serem resilientes, se comparadas com aquelas que não vivenciam a situação da dependência química. Entretanto, o tipo de substância consumida pelo familiar interfere na condição da resiliência e os danos para as crianças. Os resultados do estudo também apontam que os danos emocionais e comportamentais estão presentes em filhos de pais usuários de drogas ilícitas e considerados menos resilientes, comparados aos filhos de pais com problemas de álcool. Salienta-se que este estudo focou a resiliência como fator de proteção para os familiares (PAYÁ; PILLON; FIGLIE, 2016).

Diante disso, a resiliência também está intimamente relacionada ao processo de enfrentamento que a família adota para o confronto e superação da situação adversa (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

O enfrentamento pode ser definido como atitude de esforço do indivíduo, tanto no aspecto comportamental quanto no cognitivo, a fim de lidar com um evento gerador de estresse, e que faça a pessoa compreender aquilo que pode influenciar no resultado do processo que ela está vivenciando (FOLKMAN, 2011). Neste estudo, buscou-se direcionar para o enfrentamento da família diante da situação adversa.

As situações estressantes e os problemas da vida cotidiana podem ser enfrentados com dois diferentes enfoques: voltados ao problema (resolução de problemas e tomada de decisões) ou voltados à emoção (regulação de sentimentos) (FOLKMAN, 2010; RODRIGUES; POLIDORI, 2012; SILVA et al., 2016). Rodrigues e Polidori (2012) apresentam, em estudo com pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, que o enfrentamento adotado proporcionou o desenvolvimento da resiliência, uma vez que os indivíduos conseguiram identificar ganhos com o processo

de tratamento da doença. Silva et al. (2016), por sua vez, em estudo com pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, confirmam também que o enfrentamento foi representado pela resiliência, de maneira que os pacientes foram capazes de encontrar novos significados em suas experiências.

Folkman (2010) ainda acrescenta o enfrentamento focado no significado, ou seja, aquele que envolve as emoções positivas do indivíduo, permitindo uma revisão de objetivos e valores, e dando ênfase nos pontos fortes que foram adquiridos com as experiências durante a vida. O mesmo autor ressalta que os três tipos de enfrentamento trabalham em conjunto e de forma interativa, uma vez que para enfrentar uma situação, o indivíduo deve controlar seu sentimento (emoção), tomar decisões (problema) e rever os valores pessoais e os objetivos (significado). Infere-se que no contexto da dependência química, a família deve avaliar como unidade as mudanças que são vivenciadas, refletir sobre suas potencialidades, o significado da experiência para ela, bem como tomar as decisões para que ela obtenha resultados positivos frente aos desafios.

Esses aspectos devem ser considerados pela equipe de saúde ao cuidar do dependente de substâncias psicoativas e de sua família, a fim de contribuir com o processo de manejo da situação adversa vivenciada, minimizando o pessimismo e auxiliando-os a encontrar potencialidades que ofereçam resultados eficazes aos envolvidos.

Apropriando-se das ideias do referencial teórico de resiliência familiar (WALSH, 2005; 2012; 2016), o profissional de saúde muda seu enfoque de enfatizar os déficits familiares para os seus desafios. Apesar da maneira diferente que cada família enfrenta e supera as adversidades no contexto da dependência química, todas têm potenciais para adquirir resiliência e fortalecer os laços familiares.

1.4 Resiliência familiar e dependência de substâncias psicoativas

Apesar de poucos estudos internacionais que envolvem resiliência familiar e transtorno mental (VALDEZ; ABEGGLEN; HAUSER, 2013; POWER et al., 2015; ZAUSZNIEWSKI et al., 2015; BISHOP; GREEFF, 2015), os mais recentes têm focado em processos e características positivas familiares que auxiliam a resiliência (POWER et al., 2015; BISHOP; GREEFF, 2015), bem como capacidades e competências de membros familiares (ZAUSZNIEWSKI et al., 2015).

A literatura tem demonstrado que as famílias que vivenciam situações com membros que sofrem psicologicamente buscam reorganizar seus padrões funcionais, através de estabelecimento de rotinas diárias, promoção de eventos regulares que possam minimizar ou aliviar situações estressantes (POWER et al., 2015), promover conexões intra e extrafamiliar (VALDEZ et al., 2013; POWER et al., 2015), buscar recursos de apoio e suporte social intrafamiliar, de família ampliada e da comunidade (VALDEZ et al., 2013; BISHOP; GREEFF, 2015; POWER et al., 2015).

Conforme apontado anteriormente, poucos estudos sobre a temática da resiliência familiar têm sido realizados no Brasil (ROOKE, 2015), porém, no âmbito da saúde mental os estudos têm focado em uma perspectiva de características individuais de membro da família ou fatores de resiliência de familiares que podem influenciar o membro familiar (SILVA; SILVA; VAZ, 2013; ROZEMBERG et al., 2014; MANZINI et al., 2016). Tais estudos envolvem população de adolescentes (ARRUDA SILVA et al., 2013; ROZEMBERG et al., 2014) e cuidadores de idosos com demência (MANZINI et al., 2016).

Os estudos que focam resiliência e consumo de drogas apontam a importância da identificação de fatores protetores, os quais assumem papel facilitador na construção da resiliência individual ou familiar (SCHENKER; MINAYO, 2005; AMATO, 2010; PAYÁ; PILLON; FIGLIE, 2016), com relevância nos aspectos positivos individuais que auxiliam uma pessoa a enfrentar e superar as adversidades. Há ênfase nas competências e habilidades pessoais e sociais para a prevenção ao uso de drogas, portanto, quanto mais resiliente a pessoa ou família for, menor será a possibilidade de uso de drogas. Assim, o fato da pessoa ter uma maior resiliência consiste em fator protetivo para o consumo de drogas (BECOÑA, 2007; AMATO, 2010), ou seja, em que há adaptação exitosa ante a exposição de fatores estressantes e de risco, portanto, de alta vulnerabilidade (AMATO, 2010). Assim, tais estudos apontam a perspectiva da resiliência no enfoque de tipologias familiares ou traços de personalidade das pessoas resilientes.

Outra visão da resiliência relaciona-se à estratégia de enfrentamento e habilidade da pessoa na resolução de problemas (BECOÑA, 2007). Porém, percebe-se que as pesquisas enfocam a resiliência no âmbito individual, em seus atributos, ou seja, que apesar das pessoas se encontrarem em situações de alto risco, podem ter ou desenvolver qualidades que os possibilitam ao não uso das drogas. Porém, há poucos estudos que abordam a resiliência familiar na dimensão da problemática das drogas, principalmente

na concepção sistêmica de resiliência familiar, corroborando com um estudo de revisão de literatura sobre a temática (MORIARTY et al., 2001).

Diante do exposto, surgiram alguns questionamentos, tais como: Como os membros familiares dos dependentes de substâncias psicoativas têm enfrentado e superado esta problemática? Quais são as estratégias de enfrentamento eficazes utilizadas e reconhecidas por esses membros que os mantêm em resiliência? Quais são os elementos fundamentais no funcionamento familiar que contribuem para o processo de resiliência familiar, na perspectiva dos familiares? Quais são as fortalezas reconhecidas por estes membros que provocam mudanças positivas no funcionamento de sua família?

Esse estudo justifica-se, pois ao compreender as situações adversas vivenciadas pelos membros familiares do usuário de drogas e como eles as enfrentam de maneira positiva, portanto, apreendendo o processo de resiliência familiar, contribuirá para o planejamento de ações de cuidado da equipe de saúde e de enfermagem junto às famílias, instrumentalizando-as para desenvolvimento e fortalecimento de sua resiliência, habilitando-as a responderem como unidade funcional. Além disso, este estudo contribuirá para produção de conhecimento científico, considerado escasso nesta temática, preenchendo algumas lacunas na compreensão das experiências das famílias que vivem com a problemática das drogas e os elementos fundamentais no seu funcionamento que auxiliam a resiliência familiar. Pressupõe-se nesse estudo que embora a família vivencie conflitos psicológicos e interpessoais, ela é capaz de solucionar seus problemas e construir estratégias para enfrentá-los. De acordo com Dios (DIOS, 1999), a família considerada ideológica e socialmente “problemática” é também aquela que encontra “soluções” para seus problemas.

Além disso, acredita-se que todas as famílias possuem pontos fortes e potenciais para o crescimento, retratando êxito no enfrentamento de situações adversas pelos membros familiares (BLACK; LOBO, 2008).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender aspectos da percepção dos familiares de dependentes de substâncias psicoativas sobre o que consideram ser ou acontecer no funcionamento de sua família que auxiliam naquilo que a teoria chama de resiliência familiar.

2.2 Objetivos específicos

Compreender as percepções sobre as estratégias de enfrentamento que os familiares vêm utilizando e reconhecendo como eficazes para a resiliência familiar.

Apreender as fortalezas reconhecidas pelos familiares que provocam mudanças positivas no funcionamento de sua família.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este estudo consistiu em pesquisa descritiva, pois buscou aprofundar o conhecimento do fenômeno, como também descrevê-lo, analisá-lo e interpretá-lo, explorando a realidade (LEOPARDI, 2002; BREVIDELLI; DOMENICO, 2006). Portanto, tal pesquisa baseou-se nos pressupostos do método qualitativo de investigação, pois possibilitou a apreensão do universo de significados, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar dos entrevistados, ou seja, preocupando-se principalmente em compreender como os entrevistados percebem a dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2010).

Esta pesquisa foi realizada junto aos familiares de dependentes de drogas, visando apreender elementos fundamentais no funcionamento de suas famílias e que auxiliam no processo da resiliência familiar, na perspectiva da unidade familiar.

3.2 Local da pesquisa

Este estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) de uma cidade do interior paulista. O CAPS-AD é considerado unidade de atenção especializada de caráter aberto e comunitário inserida na rede de Atenção Psicossocial, para atendimento e tratamento dos usuários adultos, crianças e adolescentes, pertencentes a um território, com necessidades e problemas advindos do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (SPAs) (BRASIL, 2011).

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa consistiram em todas as famílias, compostas por dois ou mais membros familiares de dependentes de substâncias psicoativas, que frequentavam o CAPS-AD. A concepção de família é definida como um sistema, em que duas ou mais pessoas estão unidas por laços afetivos e de partilha, que se identificam participantes da família (WRIGHT; LEAHEY, 2009). Optou-se por realizar a entrevista com dois ou mais membros da família, uma vez que o interesse investigativo se dá em nível de unidade familiar, em que um mínimo de dois membros familiares estão envolvidos. Assim, observam-se as relações familiares e não apenas o indivíduo (PATTERSON, 2002).

Por se tratar de uma pesquisa de família, os dados advêm da visão dos membros familiares sobre a dinâmica da sua unidade familiar (FEETHAM, 1990; MISKO; BOUSSO, 2007; MOREIRA; ANGELO, 2008). Os sujeitos envolvidos constituíram-se de uma amostragem não probabilística, intencional de componentes da família de dependentes de drogas, conforme os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo estes frequentadores e cadastrados no CAPS-AD. Saliencia-se que os membros familiares foram indicados pela equipe de saúde do serviço. Assim, a amostragem foi constituída por cinco famílias, sendo onze membros participantes: uma irmã, um cunhado, uma avó, quatro mães e quatro pais. Ressalta-se ainda que entre todos os familiares participantes da pesquisa, apenas os membros de uma família não frequentavam os grupos de família realizados no referido serviço de saúde, mas realizavam atendimento individual com o psicólogo do serviço, no início do tratamento do seu membro adoecido.

Os critérios de inclusão foram: familiares dos dependentes de drogas em tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo⁷ maiores de 18 anos, não dependentes químicos, participantes de grupos de família ou de atendimento individual, que convivem com o adoecido pelo menos duas vezes por semana. Os critérios de exclusão foram familiares dependentes químicos ou menores de 18 anos.

A pesquisadora tinha como primeira intenção entrevistar somente as famílias, com dois ou mais membros, que participassem do grupo de família. Entretanto, considerando o número limitado de famílias, decidiu-se ampliar para as famílias que realizavam atendimento individual com os profissionais do serviço. Porém, no que se refere ao tamanho da amostra em estudos qualitativos, Denzin e Lincoln (2006) salientam que os participantes selecionados devem privilegiar a relevância temática a ser investigada ao invés da sua representatividade e generalização estatística.

Nesse estudo, com o intuito de manter o anonimato e facilitar a compreensão, os relatos foram identificados da seguinte maneira: no referente à entrevista, utilizou-se da letra “E” e para as famílias pela letra “F”, sendo ambos seguidos por uma numeração sequencial relacionada à ordem das famílias entrevistadas e número de entrevistas realizadas. Para identificar o grau de parentesco de seus membros familiares

⁷ Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos usuários que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos usuários que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS ad; não intensivo é o atendimento que em função do quadro clínico pode ter uma frequência menor (WEBER et al, 2004; BRASIL, 2011).

entrevistados, foram utilizadas as letras “I” para irmã, “C” para cunhado, “M” para mãe, “P” para pai e “A” para avó. Por exemplo: para “E1F3-M”, compreende-se que é a entrevista 1, da família 3, fala da mãe.

3.4 Instrumentos e estratégias para coleta de dados

Foi solicitada à equipe de saúde do CAPS ad a identificação das famílias em que dois ou mais membros familiares frequentassem os grupos de família ou que realizassem atendimento individual com algum profissional do local. Além disso, a pesquisadora frequentou dois encontros de cada grupo de família, a fim de conhecer as famílias, se apresentar e entrar em contato com os familiares frequentadores dos grupos ou que estavam em acompanhamento individual.

Em um primeiro levantamento, foram identificadas quinze famílias, com as quais foram realizados contatos telefônicos ou presenciais, a fim de explicar sobre a pesquisa e verificar a possibilidade de participação de seus membros no estudo. Dessas famílias, uma não estava de acordo com os critérios de inclusão, pois apenas um membro frequentava o grupo de família; seis apresentaram indisponibilidade de horário e/ou de participação dos membros familiares devido ao horário de trabalho, sendo assim oferecida a opção de encontros aos finais de semana ou no período noturno. No entanto, foram feitas várias tentativas de agendamento e reagendamento e os familiares não compareciam. Uma família não aceitou participar da pesquisa devido a conflitos familiares decorrentes da dependência química; outra não atendia aos telefonemas; e uma entrevista, que foi iniciada, teve que ser interrompida, pois o dependente estava presente e se sentiu incomodado com as perguntas a respeito do contexto em que estava inserido, sendo o encontro reagendado nas dependências do CAPS-ad, no intuito de evitar novos transtornos, enquanto o dependente passava por consulta médica. Entretanto, a família relatou não ser possível permanecer no local para a entrevista e que acreditava que não seria possível a realização da mesma. Dessa forma, a pesquisa foi realizada com cinco famílias, um total de onze membros familiares, sendo quatro entrevistas realizadas nas dependências do CAPS-AD e uma no domicílio.

Dessa forma, a amostragem se deu por exaustão, ou seja, todas as famílias disponíveis para participação na pesquisa e que faziam parte do universo definido pela pesquisadora foram entrevistadas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

As entrevistas foram realizadas no período de junho a novembro de 2016, e o tempo médio de duração delas foi de 1 hora e 30 minutos. Foi realizada apenas uma

entrevista com cada família. O local da entrevista foi combinado através do contato inicial da pesquisadora com a família, bem como a data e o horário de acordo com as possibilidades de ambas. Foram oferecidas como alternativas de locais primeiramente o CAPS-AD, e posteriormente o espaço domiciliar, a fim de proporcionar um ambiente mais conhecido e menos ameaçador para os entrevistados.

A abordagem inicial dos membros da família teve como apoio a utilização de dois instrumentos para contextualização a respeito dos entrevistados: genograma e ecomapa. Esses instrumentos também auxiliaram a compreender os padrões organizacionais no funcionamento familiar considerado positivo e flexível, destacando os processos fundamentais para a resiliência relacional: flexibilidade, conexão e recursos sociais e econômicos (WALSH, 2005).

O Genograma e Ecomapa são considerados instrumentos de avaliação de família, uma vez que eles permitem uma análise da dinâmica, dos processos interacionais e da rede de apoio e suporte social das famílias, fatores esses que influenciam na resiliência familiar.

O Genograma consiste em uma representação gráfica de informações sobre a família, padronizado por símbolos e códigos, que à medida que vai sendo construído, possibilita evidenciar a estrutura dinâmica da família e as relações estabelecidas de funcionalidade ou entre seus membros (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGER, 1999; NASCIMENTO, ROCHA, HAYES, 2005).

O Ecomapa é um diagrama dinâmico das relações entre a família e a comunidade, que auxilia na identificação de presença ou ausência de recursos comunitários de apoio e suporte social, culturais e econômicos disponíveis e sua utilização pela família (ROCHA, NASCIMENTO, LIMA, 2002; WRIGHT, LEAHEY, 2009). Esse diagrama, quando bem elaborado e analisado, oferece informações dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas (OLSEN; DUDLY-BROWN; MCMULLEN, 2004). Dessa maneira, esses dois instrumentos possibilitaram apreender o desenvolvimento dinâmico e estrutural da família, fornecendo informações sobre o contexto de vida da família (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGER, 1999; NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Foi realizada também uma entrevista semiestruturada contendo uma parte de caracterização sócio demográfica dos participantes, quanto a alguns dados de identificação pessoal (idade, estado civil, sexo, religião, parentesco, profissão atual,

situação de trabalho, renda familiar mensal, tempo de acompanhamento do(s) membro(s) dependente(s) em tratamento no CAPS-AD). No início, os familiares foram solicitados a relatarem um breve histórico da família e do membro adoecido e a entrevista conteve uma questão norteadora: Conte-me como a sua família tem vivido, enfrentado e superado o problema das drogas. As questões auxiliares utilizadas durante a entrevista foram: Quais são e foram as maiores dificuldades vivenciadas por vocês diante da situação da dependência química de seu membro adoecido? Quais foram os maiores desafios que vocês vivenciaram nesta situação? Como vocês têm enfrentado tais desafios? Como vocês se sentem diante desta situação? Quais são as estratégias usadas para enfrentar tais situações de dificuldades e que permitiram superá-las? Quais foram as potencialidades e fortalezas reconhecidas por vocês para tal enfrentamento? Quais são as mudanças positivas que tais estratégias proporcionaram a você e à sua família? Quais são as fortalezas reconhecidas por vocês que provocaram mudanças positivas na família?

Através destas questões, esperou-se compreender os padrões organizacionais, o sistema de crenças e os padrões de comunicação presentes no funcionamento familiar que auxiliam a resiliência da família.

Todas as entrevistas foram gravadas por áudio, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCIDE A) pelos participantes.

3.5 Forma de análise dos resultados

As entrevistas foram transcritas e analisadas pela pesquisadora. Utilizou-se da técnica de Análise de Conteúdo, categoria temática (MINAYO, 2010). A Análise Temática visa levantar núcleos de sentido que fazem parte de uma mensagem, cuja frequência ou relevância implícita signifique algo para o objeto analisado. Tal análise consiste em construir categorias segundo os temas que surgirem no texto, identificando o que os elementos têm em comum (MINAYO, 2010).

Esta análise contempla três fases, isto é, pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

Na pré-análise realizou-se a escolha dos documentos, neste caso os genogramas, ecomapas e as entrevistas. Os genogramas e ecomapas de cada família serviram para complementar ou reforçar os relatos das entrevistas.

Diante das entrevistas, procederam-se leituras aprofundadas, linha a linha, com o objetivo de promover o contato direto e intenso da pesquisadora com o material a ser analisado.

No processo de realização da leitura das entrevistas, a pesquisadora decidiu selecionar como unidade de análise temática, as frases contidas no texto das entrevistas que expressavam tanto a mensagem explícita como a não aparente (CAMPOS, 2004).

Na fase de exploração do material ocorreu o processo de codificação e classificação de áreas temáticas, considerando-se os recortes textuais das entrevistas, com o mesmo conteúdo semântico, através da presença ou relevância implícita (MINAYO, 2010).

Nesta fase, utilizou-se de categorias empíricas (MINAYO, 2010), emergidas através da análise das falas dos membros familiares entrevistados. No caso, as categorias definidas foram interpretadas através dos elementos fundamentais presentes no funcionamento de famílias que auxiliam na resiliência familiar, segundo conceitos de Froma Walsh (2005), isto é, padrões organizacionais, sistemas de crenças e padrões de comunicação, conforme demonstrado no quadro 2 no capítulo dos resultados.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos, buscou-se descrever cada categoria e temas através da produção textual, em que foram expressos os significados apreendidos das mensagens analisadas dos familiares. O processo de interpretação consistiu na compilação das informações obtidas, desvendando os possíveis conteúdos subjacentes ao que estavam sendo manifestos, inferindo-se e interpretando (MINAYO, 2010) de acordo com os conceitos da teoria de Froma Walsh e outra literatura sobre a temática.

3.6 Procedimentos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, foram observados e respeitados todos os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 466/12 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar pelo parecer de número 1.302.491, no dia 29/10/2015 (ANEXO A).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir das entrevistas realizadas com os membros familiares, foram elaboradas as planilhas de cada família e uma planilha geral (APÊNDICES A a G), as quais foram identificadas como Entrevista (E) de Família (F), respeitando a sequência numérica de acordo com a realização das entrevistas e quantidade (uma ou duas entrevistas realizadas), bem como os genogramas e ecomapas (APÊNDICES H a Q). No item de caracterização das famílias, segue-se o quadro 1 e após, a apresentação das Categorias Temáticas finais e de seus respectivos temas.

4.1 Caracterização das famílias

Os participantes da pesquisa consistiram em cinco famílias de dependentes de substâncias psicoativas que frequentam o CAPS-AD, com seus respectivos membros, de acordo com o grau de parentesco.

O quadro 1 a seguir demonstra os dados de caracterização das famílias:

QUADRO 1 – Caracterização das famílias – São Carlos, SP, 2017.

DADOS	FAMÍLIA 1	FAMÍLIA 2	FAMÍLIA 3	FAMÍLIA 4	FAMÍLIA 5
Grau de parentesco com o (a) dependente químico (a)	1.1 – Irmã 1.2 – Cunhado	2.1 – Mãe 2.2 – Pai	3.1 – Mãe 3.2 – Pai	4.1 – Mãe 4.2 – Pai	5.1 – Mãe 5.2 – Pai 5.3 – Avó
Idade	1.1 – 45 anos 1.2 – 51 anos	2.1 – 51 anos 2.2 – 52 anos	3.1 – 51 anos 3.2 – 58 anos	4.1 – 56 anos 4.2 – 61 anos	5.1 – 55 anos 5.2 – 61 anos 5.3 – 97 anos
Estado civil	1.1 – Solteira 1.2 – Solteiro	2.1 – Casada 2.2 – Casado	3.1 – Casada 3.2 – Casado	4.1 – Casada 4.2 – Casado	5.1 – Casada 5.2 – Casado 5.3 – Viúva
Sexo	1.1 – Feminino 1.2 – Masculino	2.1 – Feminino 2.2 – Masculino	3.1 – Feminino 3.2 – Masculino	4.1 – Feminino 4.2 – Masculino	5.1 – Feminino 5.2 – Masculino 5.3 – Feminino

Religião	1.1 – Evangélica praticante 1.2 – Evangélico praticante	2.1 – Católica praticante 2.2 – Católico praticante	3.1 – Católica praticante 3.2 – Católico praticante	4.1 – Católica praticante 4.2 – Católico praticante	5.1 – Católica praticante 5.2 – Católico praticante 5.3 – Católica praticante
Profissão atual	1.1 – Apresentadora de programa televisivo 1.2 – Produtor de programa televisivo	2.1 – Babá 2.2 – Funcionário público estadual	3.1 – Cuidadora de idosos 3.2 – Caldereiro	4.1 – Do lar 4.2 – Freteiro	5.1 – Diarista 5.2 – Pintor 5.3 – Do lar
Situação de trabalho	1.1 – Empregada 1.2 – Empregada	2.1 – Empregada 2.2 – Empregado	3.1 – Empregada 3.2 – Aposentado, porém ativo	4.1 – Aposentada 4.2 – Aposentado, porém ativo	5.1 – Empregada 5.2 – Empregado
Renda familiar mensal	R\$ 2.500,00 (entrevistados+mãe+irmã)	R\$ 8.000,00 (entrevistados+irmã+irmão)	R\$ 3.000,00 (entrevistados)	R\$ 2.600,00 (entrevistados)	R\$ 3.000,00 (pai+mãe)

Fonte: Produção da própria pesquisadora

O quadro 1 mostrou predomínio de pai e mãe participantes das entrevistas, mas também houve participação da família extensa, como irmã, cunhado e avó. A faixa etária predominante foi de 51 a 61 anos. Entre as cinco famílias, quatro são de configuração nuclear, com estados civis casados. Quanto à religião, houve unanimidade de cristãos, sendo uma família evangélica praticante, enquanto as outras são católicas também praticantes.

Em relação ao tempo de acompanhamento terapêutico do usuário pelo CAPS-AD, o dependente químico da primeira família não chegou a ser acompanhado no referido serviço, porém encontrava-se internado em clínica de reabilitação há 3 meses da data da entrevista, e a psicóloga de tal clínica aconselhou que a família frequentasse os grupos de família do CAPS-AD. Em relação à segunda família, a dependente química realizou atendimento no referido serviço, porém encontrava-se internada há 8 meses de quando a entrevista fora realizada, e os pais desde então acompanhavam os grupos de família no CAPS-AD. No tocante à terceira família, o membro adoecido se encontrava internado há 2 meses da entrevista, e os pais passaram a frequentar os grupos de família a partir do momento da internação. O dependente químico da família 4 não estava internado, e fazia acompanhamento no CAPS-AD há mais de 5 anos, sendo os pais participantes do grupo de família durante todo o tratamento do filho. Por fim, o membro adoecido da família 5 acompanhava no CAPS-AD há 4 meses da data da entrevista, enquanto os pais começaram com atendimento individual com o psicólogo do serviço, mas não permaneceram na terapêutica, acompanhando apenas o filho durante as consultas médicas.

4.1.1 Breve descrição das famílias

Família 1 – O membro familiar adoecido, o qual tem 39 anos e reside com a esposa e a filha de 5 anos de idade, estava internado há 3 meses quando foi realizada a entrevista, devido à dependência de *crack* (há 5 anos), maconha (há 20 anos) e uso de álcool esporadicamente. Sua irmã mais velha, a qual fora entrevistada, reside com a mãe, enquanto a irmã mais nova mora sozinha em outra residência. A entrevistada namora há 4 anos, sendo que ela e o namorado trabalham em programas televisivos. Embora o dependente químico não tenha tido contato com o CAPS-AD e fora internado rapidamente, os familiares frequentam o grupo de família e buscam apoio, principalmente informacional. Embora haja sentimentos contraditórios nas relações no

ambiente familiar, os entrevistados descrevem o dependente químico como trabalhador, esforçado, excelente pai e esposo, e muito inteligente.

Família 2 – Casados há 27 anos, os pais entrevistados residem com o filho mais novo, com a dependente química de 18 anos (que estava internada no momento da entrevistada devido ao uso de álcool, cocaína e maconha, declarados há 1 ano), e com o filho mais velho. A filha mais velha reside com a avó. A mãe apresenta conflitos relacionais com a filha adoecida, mas a mesma não sabe citar o motivo. O pai, por sua vez, apresenta conflitos com o filho mais velho devido à sua orientação sexual. Tanto a mãe quanto o pai frequentam o grupo de família no CAPS-AD e buscam apoio informacional e emocional do mesmo.

Família 3 – O pai e a mãe entrevistados moravam inicialmente com o filho único de 24 anos, porém após as mudanças ocorridas pela dependência química, o filho passou a residir em outra casa, com a namorada. Considerando que suas famílias de origem são numerosas, o casal valoriza os rituais familiares, como os cafés da tarde, espaço em que encontram apoio emocional, distração e segurança. O processo de internação do filho foi muito doloroso, uma vez que eles mantinham forte laço afetivo. Frequentam o grupo de família no CAPS-AD e percebem que o sofrimento é amenizado, quando identificam outras famílias que vivenciam os mesmos problemas e compartilham suas experiências.

Família 4 – Residentes na mesma casa que o filho dependente químico de 40 anos (o qual fora internado duas vezes por uso de álcool, cigarro, cocaína e maconha, sendo a última no ano de 2010), os pais entrevistados, casados há 40 anos, participam do tratamento do filho e buscam estratégias de enfrentamento e fortalecimento para lidar com a situação. Frequentam o grupo de família no CAPS-AD e valorizam o espaço de escuta e compartilhamento das emoções que a estratégia terapêutica e os profissionais de saúde do local oferecem. As relações familiares entre os genitores e o filho são marcadas por conflitos, agressões físicas e verbais, tanto do dependente químico com os pais, quanto dele com as outras duas irmãs; ambas casadas e residentes com suas respectivas famílias. Os pais recorrem às filhas nos momentos estressantes, bem como às práticas religiosas e à oração, em busca de força, proteção e conforto.

Família 5 – O pai, a mãe e a avó vivem na mesma casa com o dependente químico de 22 anos, o qual fazia uso de maconha e cocaína. Mesmo diante de sentimentos angustiantes devido à dependência química do filho, os pais acreditam na superação da adversidade e recorrem principalmente à fé e aos amigos em busca de

apoio. Os pais inicialmente passaram por poucos atendimentos com o psicólogo do CAPS-AD e não frequentam o grupo de família, porém estão presentes em todas as consultas médicas do membro adoecido. Apesar de terem existido conflitos no momento da descoberta do uso de substâncias psicoativas, atualmente os pais investem tempo de convivência com o filho, a fim de fortalecer vínculo e minimizar as possibilidades de aproximação do filho com a droga.

4.2 Apresentação das categorias temáticas e seus respectivos temas

Após leitura exaustiva e análise das entrevistas realizadas com os membros familiares, foram elaborados os temas e as categorias empíricas. Essas categorias emergentes tiveram como suporte interpretativo os conceitos teóricos de Froma Walsh (2005) sobre processos fundamentais na resiliência familiar, relacionados aos padrões organizacionais, sistemas de crenças e padrões de comunicação existentes na unidade familiar. Em relação aos padrões organizacionais, a resiliência familiar envolveu a mobilização da família na busca de apoio e suporte social, seja no ambiente intrafamiliar ou na família ampliada, ou buscando suporte e apoio extrafamiliar. No sistema de crenças, a resiliência familiar consistiu em ter perspectivas positivas que fortalecem a família, baseadas na persistência e perseverança. Outras crenças da unidade familiar também envolveram a fé, confiança e esperança. No sistema de crenças, a fé em Deus e práticas religiosas, tais como a oração, foram relevantes para a resiliência da unidade familiar. Por fim, em relação aos padrões de comunicação, a família buscou a comunicação assertiva, através do diálogo em tom de voz adequado, mantendo atitude paciente e calma.

O quadro 2 demonstra a síntese das categorias, dos temas emergentes e dos elementos fundamentais da resiliência familiar de Froma Walsh (2005), abordados em cada categoria.

QUADRO 2 – Síntese das categorias, temas e elementos teóricos fundamentais do processo-chave de resiliência familiar de Froma Walsh – São Carlos, SP, 2017.

CATEGORIAS	TEMAS	ELEMENTOS TEÓRICOS FUNDAMENTAIS DE RESILIÊNCIA FAMILIAR DE FROMA WALSH USADOS PARA INTERPRETAÇÃO
1. A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social	1.1 Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada 1.2 busca de suporte e apoio extrafamiliar	Padrões organizacionais: -Flexibilidade (contrabalançando a estabilidade e a mudança) - Conexão (Força por intermédio do apoio mútuo, da colaboração e do compromisso; Respeito por necessidades, diferenças e limites individuais; Liderança forte: apoio, proteção e orientação das crianças e dos membros vulneráveis da família; Busca de reconexão e reconciliação de relacionamentos perturbados) - Recursos sociais e econômicos (Mobilização do apoio social e da família ampliada; Construção de segurança financeira: equilíbrio entre as tensões do trabalho e as tensões familiares)

<p>2. A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família</p>	<p>2.1 A família luta e não desiste</p> <p>2.2 A família tem fé, confiança e esperança</p> <p>2.3 A fé em Deus e a oração dão forças à família</p>	<p>Sistema de crenças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extrair sentido da adversidade (Valor afiliativo: a resiliência baseada no relacionamento; Avaliação da crise, da angústia e da recuperação: facilitativa <i>versus</i> restritiva) - Perspectiva positiva (Iniciativa ativa e perseverança; Coragem e encorajamento; Manutenção da esperança, visão otimista; confiança na superação dos obstáculos) - Transcendência e espiritualidade (Espiritualidade: fé, comunhão, rituais; Inspiração: vislumbre de novas possibilidades; Transformação: aprendizagem e saída da crise)
<p>3. A resiliência familiar envolve a comunicação assertiva</p>	<p>-----</p>	<p>Padrões de Comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clareza (Mensagens claras, consistentes) - Expressão emocional aberta (Compartilhamento de uma série ampla de sentimentos; Empatia mútua; Interações agradáveis, humor) - Resolução colaborativa de problemas (Identificação dos problemas, fatores de estresse, opções e restrições; Compartilhamento na tomada de decisões; Resolução de conflitos; Acreditar no sucesso, aprender com o fracasso; Postura pró-ativa)

Fonte: Produção da própria pesquisadora

A seguir são descritas cada categoria e seus respectivos temas.

4.2.1 Categoria 1 – A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social

A família recorreu a alguns recursos emocionais, afetivos, informacionais, institucionais, econômicos e sociais para enfrentar e superar os desafios vivenciados em um ambiente que envolve a dependência química. Para isso, ela se mobilizou para buscar apoio e suporte social nos diferentes subsistemas: intrafamiliar e família ampliada; e extrafamiliar.

4.2.1.1 Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada

No ambiente intrafamiliar e família ampliada, as famílias 1 e 2 relataram a necessidade de modificar as rotinas diárias para ajudar no tratamento do familiar dependente químico, participando de grupos de autoajuda e de família. O horário de trabalho muitas vezes impediu o membro familiar de frequentar os grupos de família, o que exigiu que a pessoa buscasse outros serviços (como grupos de mútua ajuda) que ofereciam reuniões no período noturno.

“Eu [irmã do dependente] fui ontem só, no Amor Exigente, né? Fui com a esposa dele [dependente] porque, como ela tá trabalhando, ela vai precisar frequentar as reuniões à noite. Então nós fomos lá [grupo de mútua ajuda], mas normalmente nós estamos vindo no CAPS, desde quando ele se internou.” E1F1-I

Além disso, o pai da família 2 relatou a necessidade de se abdicar de um emprego, o que interferiu na condição financeira da família, para se dedicar ao cuidado da filha dependente química. No entanto, essa necessidade não foi referida no sentido negativo, mas como demonstração de cuidado, dedicação e preocupação, sendo essa maneira percebida como eficaz para o enfrentamento da situação.

“Então nós [casal] abrimos mão de tudo... Que eu abri mão de outro salário, de outro emprego que eu tinha... Pra eu me dedicar exclusivamente ao tratamento dela [dependente]... Que nós fechamos com ela.” E1F2-P

A união e o senso de conexão familiar também foram percebidos pelas famílias entrevistadas. Reconhecer a importância de fortalecer vínculos afetivos, estabelecer

alianças positivas e valorizar sentimento de amor entre os membros da família foram capazes de dar forças à unidade familiar e auxiliá-la no processo de superação da crise.

A união foi relatada uma vez que os casais passaram a se apoiar emocional e afetivamente um no outro diante da dificuldade de viver o contexto das drogas na família, ultrapassando algumas barreiras que dificultavam esse vínculo entre os membros familiares, como o choque de horário de trabalho de cada um.

“Ah... a gente [marido e mulher] é super unido. (...) E a gente tá junto até hoje (Risos). E a gente se apega muito, se apoia muito um no outro. (...) Assim, agora na hora da dificuldade, então nós ficamos muito mais unidos do que a gente já era. A gente se uniu mais.” E1F3-M

“(...) apesar de todo o descontrole do horário que cada um tem, nos momentos que tem a gente [família] tá tentando se reunir... Se reunir da forma que cada um tem o tempo... Porque queira ou não queira o maior inimigo da gente hoje é o tempo, né... Porque não tem mais como... Mas a gente tá tentando conversar entre família, ver se a gente chega mais perto da gente.” E1F2-P

Analisar as situações desafiadoras que estavam vivenciando propiciou aos entrevistados uma reflexão acerca do relacionamento que o casal da família 5 estava mantendo, requerendo mudanças de comportamento e fortalecimento do vínculo para enfrentar a situação de crise. Na percepção deste casal, a união entre eles promoveu a força para enfrentar as adversidades do contexto das drogas.

“A gente [casal] era pouco de dialogar, de estar presente, agora a gente tá mais presente, mais junto (...). Procuramos nos unir mais... (...)A gente percebeu que precisava de mais união pra superar isso, sabe, e acreditar na força pra superar e pra seguir em frente e forte. E olhamos pra trás e vimos que a gente tava bastante desunido, longe um do outro, o diálogo era pouco. (...)nós temos nos sentindo, assim, bem melhor, porque a união, como diz aquele ditado: ‘que a união faz a força’; então a gente se unindo se sente mais forte pra enfrentar, entendeu... É bem assim.” E1F5-P

Para uma familiar, o sentimento de amor expresso e compartilhado entre os familiares consistiu em motivo de não desistência meio à adversidade, sendo capaz de auxiliar no enfrentamento e superação do desafio da dependência química.

“E o amor, né? Que a gente tem com a família, pelo filho, o amor que tem um com o outro... A gente tem que ter amor também, porque senão, não dá.” E1F5-M

Outra estratégia que a família utilizou no processo de sua organização funcional consistiu na promoção de eventos de lazer, seja entre os familiares com o membro adoecido, ou entre os entrevistados com a família ampliada e amigos.

Os relatos demonstraram que o apoio intrafamiliar e de família ampliada também consistiu em compartilhar momentos de lazer, tais como: comer uma pizza juntos, realizar cafés da tarde, praticar atividades físicas em família, viajar com familiares e assistir filmes. A família reconheceu que investir tempo em atividades de entretenimento e lazer em conjunto consiste em estratégias fortalecedoras para reforçar vínculo e laços afetivos entre os membros familiares, promover momentos de humor, distração, alívio de tensão, relaxamento e desabafos, bem como relembrar momentos significativos da vida.

“Chamar pra comer uma pizza em casa, conversar mais, não deixá-lo sozinho [dependente], para evitar que ele volte.” E1F1-C

“Sai sempre junto, né, também. O que a gente [casal] vai fazer, quando dá a gente sai sempre junto. (...) Tem, nós faz bastante caminhada, né. Nós gostamos. Nosso lazer, né? (...) Viajar também (...) Só com a família. (...)” E1F3-P

“Às vezes a gente [casal] fala ‘vamos tomar um café da tarde junto’... o meu irmão, [nome do irmão da entrevistada], a gente pega, compra pão, depois vamos pra lá. (...) E ele [irmão da entrevistada] também vem, ele passa. Então a gente é, entre irmão, muito unido. Esse momento de café da tarde, a gente esquece de tudo, né? A gente começa a rir, contar histórias, aí a gente relaxa. É igual aniversário dele [dependente] também... todo mundo lá, a gente esqueceu um pouquinho né? A gente conversa, ri, conta piada, né? (...) Tanto a família minha quanto a família dele é igual. (...) Faz o café da tarde. A gente tem os mesmos costumes”. E1F3-M

“Procuro [mãe do dependente] fazer reuniãozinha sempre aqui em casa, ficar aqui, entendeu? Fazer churrasquinho, que ele [dependente] gosta, sabe? A turma vem, conversa, e fica. Então é assim, eu fico até altas horas com ele assistindo filme, coisa que ele gosta, mas a gente apaga, né, levanta cedo... ‘Ah, vamos assistir esse filme?’, ‘Vamos’, assim, né, pra ficar mais em casa, fazendo companhia. Até jogo eu tenho assistido, que eu detesto.” E1F5-M

Além do apoio emocional, a família 1 relatou que o apoio financeiro advindo de outros membros familiares também foi relevante para promover a internação do familiar dependente na clínica de reabilitação. Diante da dificuldade econômica, a esposa do

familiar adoecido se reorganizou funcional e financeiramente, buscando outro trabalho, adequando os seus horários de trabalho e os da escola de sua filha.

“É, dificuldade, é assim, oh... pra você manter alguém na clínica, não é barato. Então tem essa questão. Aí, o que acontece? A esposa [do dependente] ficou meio que na mão. Ela tem, trabalho ela tem, mas ela tá sozinha, então ela teve que arrumar um outro trabalho pra agregar esse, conciliar, colocar a filha na escola o dia todo pra poder ter meio período de muito trabalho e conciliar com o banho e tosa e agente dando suporte, tanto na medida do possível psicológico, quanto financeiro, entendeu? Agora está se normalizando, então a gente teve essa dificuldade.” E1F1-I

Por fim, outro elemento fundamental que auxiliou na resiliência das famílias consistiu no apoio emocional, através da escuta e conselhos. Na percepção das famílias, conversar com outros membros familiares, desabafar e receber conselhos tem proporcionado força aos entrevistados, além de ser uma forma de encorajamento. Eles relataram que houve segurança, alívio e confiança em dividir suas dificuldades com os próprios membros da família, os quais acompanharam todo o processo vivenciado com a dependência química. Os relatos apontaram que através deste apoio emocional, a família promoveu força e coragem aos entrevistados para manterem-se na luta e busca de estratégias de enfrentamento.

“Então levei ela [irmã do dependente], tá? No apartamento da irmã pra que ela falasse um pouco, desabafasse um pouco. Talvez ela quisesse falar algo com a irmã quem ela é muito, sempre foi apegada né? Sempre teve liberdade de falar, talvez algo que não falasse pra mim, falasse pra irmã. Foi onde ela melhorou, ficou melhor depois, acabou desabafando, chorou, falou tudo. Passou. Mas tá sendo difícil, muito difícil pra eles.” E1F1-C

“Emocional. Um apoia o outro nessa parte emocional. A gente [casal] sempre tá do lado... na dificuldade, a gente conversa muito. (...) Aí meu cunhado começou a falar, conversar com ele [dependente], aí ele falou do meu filho, né? Porque é uma situação difícil você falar, não é? Aí a gente é de família, a gente se sente mais à vontade pra falar, né? Aí você fica... você sente segurança em falar pra um irmão ou com uma pessoa mais chegada da gente, né? É difícil se abrir com uma pessoa de fora, você não fala, né? A família sabe. Acompanhou. Então a gente fica mais à vontade, assim. Eles ajudam. A gente fala, eles aconselham, né? A gente fala... ‘não, tudo vai dar certo’. Dá aquele apoio pra gente, e tudo vai dar certo. A gente fica mais aliviado, né? Então assim que eles davam força pra gente. Falavam ‘vamos lutar, ele é um

menino bom, é um menino inteligente'. Eles sempre jogavam pra cima, né? Pra cima a gente. 'Não, ele vai sair dessa'. Falam até hoje 'ele vai sair, ele vai recuperar'. Então assim que a gente sente a família, nesse apoio.' E1F3-M

"Nosso socorro também no momento tem sido minha filha né? Porque a gente [casal] vê que não tem outra saída, não tem pra onde ir, a gente corre pra casa da [nome da filha mais velha]. A gente busca apoio da minha filha. A gente sabe que ela é muito carinhosa, muito amorosa com a gente, então a gente busca apoio nela, a gente sente forte assim, por estar perto dela. (...) Apoio emocional, emocional." E1F4-M

4.2.1.2 Busca de suporte e apoio extrafamiliar

As famílias entrevistadas reconheceram a necessidade de suporte e apoio extrafamiliar, através de recursos da comunidade, profissionais de saúde e parentes ou amigos da família. Esses recursos contribuíram para o crescimento e fortalecimento da unidade familiar, uma vez que a auxiliaram na compreensão da situação, trazendo novos significados.

O principal recurso identificado pelos familiares consistiu na internação em clínicas de reabilitação para tratamento da dependência química. Duas famílias recorreram à internação em clínicas particulares, justificadas pelo caráter de urgência e os gastos financeiros foram arcados pelas próprias famílias. A família 5 referiu que a internação de seu parente adoecido foi mediada pelo CAPS-AD e defensoria pública.

"Então nós procuramos uma clínica de reabilitação e ele foi internado." E1F1-I

"Aqui [CAP-AD] ele [dependente] não acompanhou não. Ele internou direto numa clínica. Eu vim aqui pra conversar, né? Marquei até com o psicólogo pra ele, mas a gente achou que ia demorar um pouco e ele precisava ser internado rápido. A gente[casal] foi em [nome da cidade do interior paulista] e internaram rápido. Ele nem chegou a vir aqui. Quem frequenta aqui é eu [mãe do dependente] e ele [pai do dependente químico]. A gente que vem." E1F3-M

"Aí nós [casal] começamos a correr atrás do CAPS, do médico, virou um transtorno... Até que ele [dependente], nós fomos lá, e a [nome da psiquiatra do CAPS-AD] conseguiu internação pra ele, porque não tinha como mais..." E1F5-M

Os grupos de mútua ajuda, especificamente o Amor Exigente e os Narcóticos Anônimos, foram citados apenas pela família 2. Nesse caso, o desejo de participar das reuniões, de acordo com os entrevistados, não parte somente dos pais, mas também da filha dependente química.

“A gente [casal] vai começar no Amor Exigente também, eu e ela, e ela [dependente] tá louca pra ir no NA [Narcóticos Anônimos].” E1F2-P

O CAPS-AD e seus profissionais foram reconhecidos pelos familiares como apoios institucional, informacional e emocional para o manejo de situação de crise. Um aspecto relevante foi o processo de aprendizado que os familiares obtiveram durante suas participações em grupos de família desenvolvidos pelo serviço, modificando a percepção e conhecimento deles sobre conceitos de dependência e imagem do dependente de substâncias psicoativas. Da transformação do conceito de um problema de juízo moral para o de doença, requerendo acompanhamento permanente do usuário de drogas.

“E enquanto a gente [família] não aprende isso, a gente acha que a pessoa [dependente] é sem vergonha. E na verdade não é. É uma dependência mesmo, a pessoa não vê nada e realmente mexe até um pouco com a mente... mentalidade da pessoa. (...) A gente só passa a entender isso, porque a gente vem nas reuniões [grupo de família] do CAPS. Então eles [profissionais de saúde] mostram o que é a dependência química. Não é um viciado, sem vergonha. Não. É um cara que tá doente. É um cara que tá doente e que vai ter que ter um acompanhamento pro resto da vida. Todos. Alcoólatra, porque a gente pensa que o álcool é uma droga que não mata. O álcool é a droga que mais mata, porque é lícita ainda, é mais fácil né? Mas é complicado.” E1F1-I

Os profissionais psicólogos do CAPS-AD foram mencionados como importantes fontes de apoio, tanto no sentido informacional quanto emocional, transmitindo tranquilidade à família. A família apontou que a orientação recebida por esses profissionais contribuiu no gerenciamento da situação estressora e manejo do membro dependente, fortaleceu a família e a encorajou a prosseguir no tratamento.

“Porque nós [casal] viemos na reunião [atendimento individual] com a [nome da psicóloga do CAPS-AD] e com o [nome do psicólogo do CAPS-AD] e são muitas... muitos assuntos esclarecidos, que realmente... principalmente a esposa né? Que fica [a esposa] muito fragilizada. Eu acho que tá ajudando bastante. E a gente vai uma vez por mês na reunião com a psicóloga da clínica [de internação] também. (...) E a gente também teve toda orientação daqui do CAPS, dos psicólogos daqui, de como agir, do que pode ou não ser falado lá [clínica de internação]. (...) e a gente a princípio, como ele [namorado] falou, a gente veio por essa questão [internação], mas a gente

conversando com o psicólogo, expondo o que é uma dependência química, você aprende a lidar e aprende a entender o porquê.” E1F1-I

“O suporte que o CAPS deu, o jeito que eles [profissionais de saúde] ensinaram a gente a lidar com a situação, entendeu? Então quando a gente tem uma dúvida, a gente corre aqui; ‘tá acontecendo isso, tá acontecendo aquilo, como eu vou agir.’ Sabe, a gente aprendeu tudo aqui [CAPS-AD], desde a primeira visita [na clínica de internação], como que a gente ia se comportar na clínica, como que a gente ia se comportar quando ela [dependente] voltasse, então tudo, a gente aprendeu aqui.” E1F2-M

O grupo de família foi percebido pelos familiares como espaço de aprendizado, troca de experiências, acolhimento e escuta. Os grupos possibilitaram às famílias conhecimentos sobre drogas, de como manejar situações adversas (inclusive nos momentos de visita ao familiar dependente químico internado na clínica de reabilitação). Os espaços do grupo também promoveram tranquilidade aos familiares e apoio emocional durante o compartilhamento de dificuldades e experiências vividas pelas famílias. O grupo também foi valorizado pelas famílias enquanto espaço de escuta terapêutica, fortalecimento e segurança, considerando o acordo do sigilo das emoções expressas e verbalizadas.

“(...) porque o grupo de família, ele tá aberto pra quem quiser vir, mas pra nós [família] era mais por causa da visita [clínica de internação]. E eles prepararam a gente pelo que a gente ia encontrar lá, certo, de uma forma foi muito válido. (...) quando nós tivemos que vir pra cá [CAPS-AD] que a gente teve o suporte que a gente precisava, que a gente teve as informações que a gente precisava, a gente chegava eufórico, a outra [a profissional de saúde] abaixava, (...) e foi tudo do jeito que eles [profissionais de saúde] prepararam a gente. Até o retorno da [nome da dependente química] foi preparado... E não é nada surpresa do que está acontecendo. Da forma que ela [dependente] falou do desespero, que ela quis voltar pra trás... Eu acho que se a gente não tivesse sido preparado, a gente não ia nem saber conversar com ela. A gente pretende, na medida do possível, que a gente vai ter que policiar a vida dela, vai ter que fiscalizar, na medida do possível a gente vai continuar os grupos de família, pra gente aprender mais. (...) E tem coisa que a gente pode falar no grupo de família, tem coisa que a gente se reserva o direito de procurar outro apoio, né.” E1F2-P

“A gente [casal] ficou... agora a gente começou a acompanhar aqui [grupo de família], aí a gente começou a ver, a gente saiu assim, bem mais tranquilo. Até a moça

ali [recepção do CAPS-AD] falou pra gente ‘nossa, vocês mudaram, até o semblante’. Aí a gente conseguiu internar, né? Então a gente tá assim, mais tranquilo agora. [...] Agora, no momento, nós achamos o maior apoio... foi aqui. Que a gente começou a mudar totalmente o que a gente pensava, que a gente era leigo em todo assunto sobre droga, essas coisas. A gente nunca viveu essa história. (...) É, a gente nunca tinha passado por isso. Então aqui, a gente começou a trabalhar o grupo de família. (...) É, em primeiro lugar aqui, o apoio né, que a gente tá tendo né, no CAPS. [...] O CAPS é porque a gente precisava... nós ficamos totalmente perdidos. A gente não sabia por onde começar. E aqui a gente sentiu apoio, nós sentimos... tranquilizou a gente, a gente acompanha e tá sendo muito bom.” E1F3-M

“Então, primeiro o CAPS-AD aqui, né? Que eles [profissionais] me ajudam muito, o grupo de família tem me ajudado muito. (...) eu gosto de participar que aqui cada um conta assim, o problema deles, sabe? Se abre, como lá [grupo de família] também fala, o que a gente fala, lá fica, né? (...) A gente, a gente aprendeu, aprende muita coisa, como lidar com ele [dependente] (...) quando a gente vem no grupo de família, a gente sai daqui renovada, se sente muito melhor sabe, a gente se sente força pra continuar enfrentando,, a pessoa, o doente (...) então eu me sinto assim forte, fortalecida pra poder enfrentar ele em casa (...) eu saio daqui mais tranquila, mais calma, sabe, e as pessoas [profissionais e famílias], elas deixam a gente falar.” E1F4-M

Outra fonte de apoio emocional reconhecida pelas famílias se referiu aos amigos. Esse apoio adveio tanto de atenção e cuidado espiritual de amigos que frequentam o mesmo grupo religioso, quanto de amigos que oferecem palavras amigas, de conforto, encorajamento; apresentam posturas e atitudes afetivas e perspectiva positiva, mesmo diante das dificuldades vivenciadas.

“Fora da família quem realmente tá ajudando a gente é o [nome do amigo] e a [nome da amiga], que são membros da Legião de Maria [grupo de instituição religiosa]... Agora eles [amigo e amiga] começaram a fazer um trabalho de atenção e trabalho espiritual em casa. [...] E a gente [casal] tá se abrindo com eles ou quer que seja na reunião [do grupo religioso]... Mas amigos mesmo assim são eles. [...] E pessoas que a gente nunca imaginava que estivessem do nosso lado, tá. (...) Mas a gente percebe que quem tá colaborando com a gente é quem esteve sempre por perto da gente mesmo. (...) Com palavras boas, com perspectiva de melhora, tentar passar tranquilidade pra gente. [...] E os amigos que a gente foi fazendo, né, as pessoas que se importaram com o nosso problema.” E1F2-P

“A gente [casal] busca força [...] nas pessoas que estão ali junto com a gente sempre dando apoio, sempre tem uma palavra que uma pessoa fala, já te põe ali em cima, né, ajuda, porque se você pega sozinho, você cai ali embaixo. Então você vê as pessoas que gostam de você e que querem te ajudar, sabe, pessoas que você nunca imaginava, a pessoa tá ali do seu lado. (...) Ah, assim, palavra amiga, sabe, uma palavra de conforto, tá ali sempre junto te perguntando como que tá... Com companhia nas horas que a gente tá precisando, né? Porque é difícil você ficar ali sozinho, né? Então quando a pessoa te dá uma força, te dá um abraço, te dá uma palavra amiga, te conforta um pouco, te conforta, não é assim, né, isso te ajuda. Não precisa falar nada, se dá um abraço já te conforta, às vezes, num momento da sua vida que você tá precisando, entendeu?” E1F5-M

4.2.2 Categoria 2 - A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família

Os valores, crenças e significados das experiências de vida interferiram no contexto da unidade familiar e, conseqüentemente, no enfrentamento e superação das situações adversas. Nessa categoria, as famílias relataram crenças que as têm fortalecido e contribuído para a resiliência familiar. Ser persistente e perseverante; ter fé, confiança e esperança; e as práticas religiosas são elementos presentes no funcionamento das famílias entrevistadas e importantes para a superação e crescimento da unidade familiar.

4.2.2.1 A família luta e não desiste

As famílias deste estudo identificaram como elemento importante para a superação da adversidade das drogas, a manutenção da persistência e da perseverança. Para elas, a luta constante fez parte do processo de enfrentamento das drogas e tratamento de seu membro dependente.

Na percepção das famílias, reconheceram a existência de casos mais graves que os delas, o que as motivou e deu forças para continuarem no processo de enfrentamento das dificuldades e não desistirem.

“Que a gente [casal] tem que lutar, não pode desistir, né? A gente tem que ir até o final, como eles [profissionais] falam [...] A gente fala... tem caso bem mais grave né? Então a gente tem aquele apoio, sente aquela força de lutar, não desistir né?” E1F3-M

“Pra gente [casal] lutar, né, contra isso [problema das drogas], né. Antes a gente só ouvia falar, né, então aqui [grupo de família] a gente sente essa força maior pra gente lutar né, contra isso, né. Não deixar se abater, né. Que a gente vê muitas pessoas ficarem lá, no fundo do poço né.” E1F3-P

4.2.2.2 A família tem fé, confiança e esperança

Embora os entrevistados relatassem vivenciar sentimentos negativos diante da problemática das drogas, eles tiveram fé e esperança de que o familiar adoecido se recuperasse, não retornasse ao consumo da substância psicoativa, e até mesmo retomasse antigos hábitos e comportamentos saudáveis. Tal fato promoveu forças para a família. Eles confiaram na superação do familiar adoecido.

“É assim, dá realmente um sentimento de angústia, só que não tem outra saída, a não ser você colocar na sua mente um pensamento positivo e falar ‘ele [dependente] tá lá [clínica de internação] pra melhorar porque ele poderia estar preso numa cadeia ao invés de estar lá... ele está lá pra melhorar’. E acreditar, a gente tem a esperança, a gente faz bastante oração e tem a esperança que ele vai cair em si, que ele não vai aprontar isso novamente. E isso faz a gente ter forças, entendeu? E um dá força pro outro. [...] Fé e vontade... e esperança que vai tudo dar certo, vai dar tudo certo. Sabe, acreditar? Acreditar que tudo que tá sendo feito vai ter um retorno.” E1F1-I

“Ah, a gente [casal] é confiante, né... A gente é confiante que ela [dependente] vai superar isso, que a gente vai conseguir, com muita paciência... É difícil, quando você pensa que está solucionando um problema, vem outro, mas é a vida, né... Não tem sentido nenhum se ela [vida] fosse só boa, né... A gente tá sabendo passar por cima... Não é fácil, não, mas a gente tá conseguindo superar. [...] A esperança de um tempo melhor, né? A esperança de um tempo melhor... Eu acho que isso é o básico da coisa, né?” E1F2-P

“Tem que ter fé, né, porque se não, a gente não aguenta. Parece que a gente vai criando força na vida cada dia mais, e vai levando. A gente não pode perder a fé, não pode perder a esperança, não pode perder o amor, não pode perder a paciência, tem que estar sempre ali.” E1F5-M

A esperança moveu as famílias a sentirem-se confiantes na cura e recuperação do dependente químico.

“(...) Esperando que ele saia de lá e tudo dê certo, né? Vai recomeçar tudo de novo, né? [...] Então, tudo vai dar certo que a gente acha que quando ele sair de lá, vai

ser tudo diferente. A gente fica assim, se sentindo assim, esperando né? Essa esperança a gente tem, né? (...) Esperança que não vai mais usar droga. (...) Que vai voltar a trabalhar, estudar, né?” E1F3-M

“É. A gente tem essa esperança. Esperança de que tudo vai dar certo. Que não vai mais usar droga também, né.” E1F3-P

4.2.2.3A fé em Deus e a oração dão forças à família

As famílias se apegaram às práticas religiosas para adquirir força e coragem no manejo da situação adversa e desafiadora das drogas. A força que vem de Deus foi relatada pelas famílias como uma das estratégias de apoio espiritual e emocional, reconhecendo-a como fonte motivadora para viver e continuar no tratamento. Por isso, elas pediram ajuda, proteção, sabedoria e apoio a Deus por meio da reza e da oração. As famílias acreditaram que a “mão divina” pode transformar tudo e a todos, inclusive o dependente de drogas.

“Foi porque a gente se apegou com a religião, dentro do possível, ainda mais pela própria escala de serviço minha né, não é toda semana que eu vou à missa... Mas a religião e o CAPS foi o que mais ajudou a gente. A gente espera que Deus dê força pra gente, né? Porque é só Ele.” E1F2-P

“Eu acho que se não fosse Ele, a gente não teria força de estar aqui hoje né? Às vezes, até falando, porque é muito difícil. Pra nós foi muito difícil. E a gente põe o joelho no chão e reza, e pede e ora e faz, né? Pra Deus ajudar, pra Deus pôr a mão, que tudo mude, né? Que mude a cabeça dele, né?” E1F3-M

Além da fé em Deus promover força para família continuar enfrentando a situação adversa, a família também pediu proteção divina para permanecerem juntos nesta caminhada.

“Eu acho, sinceramente, acho que a gente tá enfrentando essa situação ainda porque é a fé em Deus mesmo, que nós pede muito a proteção divina mesmo pra gente [...]eu acho que tá pedindo força pra gente continuar ainda, pra gente tá se apoiando mais, nós tem os nossos filhos, como ele falou, nossos netos, que uma benção na nossas vida também né, mas no que a gente se apoia mais é em Deus, é Deus que tá dando força pra nós assim, não é fácil não.” E1F4-M

Para a família 5, viver o contexto adverso das drogas promoveu aproximação com Deus para obter forças. Portanto, Deus fortalece a família. A família acreditou que

a presença Divina possibilita ajudar o próximo, promove alegria, sabedoria; descobre maneiras para manter a calma e estabilidade emocional.

“Sim, porque a gente tava também muito distante de Deus e aquilo que a gente busca para fortalecer, que Deus que fortalece né, então a gente tava distante. É o que a gente vive de fortaleza, não desanimar, acreditar que Deus tá do lado da gente, e que a gente pode tudo, né, que a gente pode tudo, a gente pode ajudar o amigo, pode ajudar quem você puder ajudar... Você ajuda com alegria, você tá sempre alegre quando você está com Deus, né, essa fortaleza. (...) Deus tá sempre presente com a gente é o que nos fortalece pra gente ir enfrentando e buscando sabedoria como forma, buscando fórmulas para ter a calma para seguir os dias, passo a passo, pra esquecer o ocorrido e seguir em frente em busca de melhor, em busca de uma estabilidade.” E1F5-P

Para uma das famílias, a fé em Deus foi transformada em energias positivas para seguir em frente na vida, bem como promover serenidade para solucionar os problemas. Na percepção da família, essa fé a fortaleceu, uma vez que tal crença a fez compreender que Deus auxiliou seus membros nos momentos de dificuldade.

“Quando a gente [casal] tem fé, fala de Deus, e tem fé, a gente transforma isso [fé] em energia, energias positivas... Pra gente seguir em frente. (...) Porque a gente provou isso, que se você tiver fé, você consegue... Deus atende você. (...) Fé em Deus, fé no Criador... A gente tá aqui porque Ele quis... (...) Dá saúde, energia, que faz a gente conquistar as coisas, né, faz a gente ter calma para resolver determinados fatos... Ter calma e ter esperança que amanhã é um outro dia... De repente ela [fé] se torna um grande espelho, né?” E1F5-P

Na percepção dos familiares deste estudo, a oração tornou-se um ritual e meio de comunicação que possibilitou encontro e proximidade com Deus, sendo realizada individualmente ou em conjunto. Para os familiares, o diálogo com Deus através da oração promoveu paz e alívio em momentos mais estressantes. Para as famílias, o ato de rezar ou orar deu a sensação de que não estão sozinhos. Elas acreditaram que suas preces foram atendidas, protegeram não só a elas, mas o seu membro adoecido, ofertando-lhes forças para superar as adversidades.

Além disso, as famílias acreditaram que ao ler a Bíblia ou ouvir as palavras bíblicas durante o culto religioso foram imbuídas de mensagens direcionadas a elas.

“A gente se apegou muito à religião, a gente faz oração. (...) Então ajudou, deu bastante força também. (...) A oração traz... a palavra que a gente sente né? Quando você lê a bíblia, você abre, às vezes fala alguma coisa, você fala ‘nossa, tá falando pra

*mim'. Às vezes, mesmo na igreja né, fala alguma coisa. Fala 'nossa, tá falando pra mim a palavra né? Então é isso que a gente sente força, se apega aí. (...) Muita paz a gente sente. A gente sente que não tá sozinho né? Deus tá olhando pela gente né? (...) Fazemos [a oração] juntos e fazemos separados também. (...) Eu acordo de madrugada às vezes. Eu perco o sono, eu faço oração. Começo a fazer oração. Isso é 2 ou 3 horas da manhã, se eu acordar. Daí a gente faz e sente um alívio, uma paz bem grande."*E1F3-M

"Ah! Eu me sinto em paz... É o único jeito de buscar paz pra nós é essa, quando eu faço minhas orações, ou né, os meus terços, vou à missa, assisto a missa, vou lá louvar a Deus tudo [...]Minhas preces tão sendo atendida, o meu filho tá sendo protegido, ele tá voltando pra casa... quer dizer, Deus tá livrando ele. (...)mas na hora que eu tô nervosa eu procuro fazer minhas oração em pensamento, onde que eu vou aliviando, vai acalmando sabe?" E1F4-M

"A oração tá para fortalecer e pedir mais ajuda para gente estar firme para seguir em frente para esse fato né." E1F5-P

4.2.3 Categoria 3 - A resiliência familiar envolve comunicação assertiva

As famílias reconheceram que a situação adversa promoveu o resgate do diálogo entre os casais, que era praticamente ausente. Entretanto, para os casais das famílias 2 e 5 deste estudo, o diálogo tornou-se assertivo quando esteve agregado à paciência. A paciência foi vista como facilitadora para união entre o casal e permitiu avaliação e reflexão dos fatos, para tolerar e perdoar.

"Um pouco do diálogo, que antigamente quase não tinha. (...) Entre eu e ele [casal]." E1F2-M

"E a paciência de um com o outro [casal], né. A paciência de um com o outro... Porque não é só um, né, têm mais três [casal mais o dependente] pra pensar... A gente vê que se você agrada um, você tá desagradando o outro... Você tem que somar e dividir." E1F2-P

"Paciência... A paciência é um combustível muito grande pra união. Quem não tem paciência não tem... Não segue em frente. A paciência faz você dar um tempo pra você analisar o fato... Se tudo for explodindo de imediato você não tem, você não tem paciência, aí você não tem tempo pra analisar o fato: se eu tô certo, se eu tô errado, se eu devo tolerar, se ela [esposa] não tolerou, mas eu vou perdoar, mais tarde a gente fala sobre isso... Então paciência é um fato muito importante." E1F5-P

A família 4 revelou que em momentos de estresse, o casal alterava o tom de voz para expor suas opiniões, mas que logo em seguida eles se atentavam à necessidade de monitorar o tom para que houvesse compreensão mútua e apoio, ao invés de brigas.

“Ele [esposo] é um exemplo dentro de casa, nunca me falta nada, né? Tenho sempre o apoio dele em tudo, então nossa... só que às vezes eu fico meio nervosa né? E às vezes, falo assim... casal de vez em quando sai alguma coisa assim, até porque nós [casal] andamos muito estressados, tanto eu como ele, muito nervoso que a gente passa com o [nome do dependente químico]. Tem hora que eu estou muito nervosa assim, às vezes eu falo um pouquinho alto com ele, ele fica nervoso, fala alto comigo, é assim também, é coisa assim. Aí eu falo ‘nós estamos gritando um com o outro’. Falei ‘não pode’, falei pra ele ‘não pode’. Aí a gente volta ao normal de novo. Coisa assim... a gente procura se corrigir (...) não fica de cara virada pro outro, não fica de briga, de mal um com o outro, nós estamos sempre assim, um se apoiando no outro.” E1F4-M

Finalmente, manter a calma foi uma estratégia abordada pela família 5. Essa atitude permitiu ao casal dialogar, trocar ideias, buscar soluções mais eficazes para os problemas e evitar conflitos e agressões. Segundo o relato, na relação interpessoal deste casal, o esposo, enquanto papel de pai, assumiu uma postura mais tranquila e calma comparada à da esposa, no papel de mãe, que para ele era mais brava.

“Porque a gente [casal] consegue dialogar, consegue conversar. Se um altera o outro já fala pra abaixar a bola, vamos conversar, falar do assunto, buscar uma forma pra resolver esse assunto, a pessoa sugere a fórmula e o outro analisa e acata. É impor uma conversa mais esticada, com calma, com diálogo mais tranquilo. Mãe fica mais brava e logo no início já altera e o pai não, pai já vai com outras palavras, mais com calma, buscando explicações mais aprofundadas sem se deixar alterar. Porque quando um altera o outro se sente também agredido e ele também altera. Então isso, tanto eu quanto ela, a gente busca essa forma de dialogar.” E1F5-P

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A característica das famílias deste estudo consistiu em famílias nucleares e o predomínio de religiões cristãs e praticantes, o que pode ter influenciado o sistema de crenças para a resiliência familiar, no âmbito da religiosidade. As pesquisas com familiares de usuários de substâncias psicoativas apresentam uma predominância de configuração familiar em que a figura feminina é a protagonista, principalmente mães, esposas e avós (II LENAD, 2012; MARCON et al., 2012a; MARCON et al., 2012b; MACIEL et al., 2014). A contradição evidenciada neste estudo se justifica devido a entrevista ter sido realizada com a unidade familiar, portanto, com dois membros familiares ou mais, e pelas famílias serem de configuração nuclear, ou seja, compostas por pai, mãe e filhos, correspondente ao modelo da família tradicional burguesa, patriarcal, monogâmica, que advém da união legal e legítima de um casal (SILVA, 2005; BORSA; NUNES, 2011).

Outro fato que pode ter influenciado na participação dos pais na pesquisa é a idade predominante dos entrevistados entre 51 a 61 anos. Segundo o II LENAD Família (2012), a idade de maior participação dos familiares é de 45 a 64 anos. Famílias com pais nessa faixa etária geralmente sofrem influência da configuração familiar patriarcal, sendo esse tipo de família uma organização fundamental da sociedade brasileira no período colonial, caracterizada por controle e disciplina, e sendo a mulher vista como auxiliar do marido. Porém, com o passar do tempo, percebeu-se que a família patriarcal não era mais a única forma de organização familiar e que o papel do homem como o centro da unidade familiar também havia se modificado, embora não se possa dizer que uma configuração excluiu a outra, mas elas coexistem (CORRÊA, 1981).

Diante das transformações vivenciadas no tocante à configuração familiar e papel do pai e da mãe na unidade da família, cresce o interesse na importância da figura paterna no desenvolvimento saudável da família, atentando-se às mudanças nas relações parentais e ao impacto delas na sociedade como um todo (BORSA; NUNES, 2011).

Das cinco famílias, quatro participavam do grupo de famílias e uma acompanhava o filho dependente nas consultas individuais, e teve atendimento individual com profissional de saúde no início da terapêutica. Os estudos que abordam a participação da família em grupos de família salientam a relevância deste espaço terapêutico para compartilhamento grupal de experiências, momento para refletir a situação e perceber alternativas e estratégias para manejá-la, bem como obter

conhecimentos sobre as drogas (ALVAREZ et al., 2012; GOMES et al., 2012; BAHARUDIN et al., 2014; ALVES et al., 2015)

Os resultados da presente pesquisa apontaram que, no referente à **primeira categoria - A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social**, que aborda os padrões organizacionais, as famílias se mobilizaram em **busca de apoio e suporte social** para o enfrentamento das adversidades, corroborando evidências científicas nacionais e internacionais (OH; CHANG, 2014; BISHOP; GREEFF, 2015; POWER et al., 2015; SIQUEIRA et al., 2015). Elas se reorganizaram em sua funcionalidade identificando recursos emocionais e afetivos, financeiros, institucionais e informacionais, tanto na dimensão intra como extrafamiliar.

O **primeiro tema - Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada**, os entrevistados apontaram a necessidade de modificar a rotina diária para acompanhamento e participação no tratamento do dependente químico. Estudo aponta que os atributos da resiliência familiar para resolução de problemas envolvem novos padrões de funcionamento, tais como, novas rotinas e tarefas desenvolvidas coletivamente com o objetivo de atender às novas necessidades das famílias (OH; CHANG, 2014).

Entretanto, a manutenção de horários de grupos de orientação e apoio ao familiar em períodos diurnos, durante a semana, pode conflitar com o horário de trabalho de seus membros, impedindo-os de frequentar. Estudo que apreendeu a percepção dos usuários de *crack* sobre a relevância das reuniões terapêuticas para os seus familiares apontou dificuldade de conciliar rotina de trabalho e tarefas diárias das famílias com os horários disponíveis dos grupos ofertados pelos serviços de saúde de base comunitária (DUARTE; VIANA; OLSCHOWSKY, 2015). Assim, tal situação requer que novas possibilidades sejam buscadas em outros horários, como encontros noturnos em grupos de mútua ajuda, conforme relatos de familiares entrevistados.

De acordo com o referencial sistêmico de resiliência familiar, a família ao lidar com uma situação adversa, necessita mobilizar recursos e se reorganizar para se adequar às novas exigências derivadas das condições de vida que foram alteradas. A unidade familiar busca reorganizar-se de maneira mais flexível e ao mesmo tempo estável, equilibrando a mudança e a estabilidade para preservar um bom funcionamento da família (WALSH, 2005; 2012; 2016).

A necessidade de equilíbrio foi identificada no relato do pai de uma das famílias entrevistadas no âmbito laboral, quando teve que se abdicar de um emprego para ofertar cuidado e atenção à filha, durante o seu tratamento. A literatura salienta que os atributos da resiliência familiar envolvem reorganização de condições de vida e muitas vezes, abandonar os desejos pessoais ou outras necessidades para se adequar a novas demandas (OH; CHANG, 2014). Entretanto, diante do contexto das drogas e das carências financeiras que a família vivencia, muitas vezes ela necessita recorrer a apoios financeiros, seja para os gastos diários, seja para as despesas com a internação do dependente químico em clínicas de reabilitação privadas, como foi o caso de uma das famílias, em que a esposa necessitou de outro emprego para auxiliar nas despesas domésticas.

Walsh (2005; 2012; 2016) aponta que no processo de resiliência familiar deve haver um equilíbrio entre o cotidiano laboral e doméstico. Atualmente, os principais problemas vivenciados no ambiente familiar também decorrem das transformações sociais e econômicas que vem ocorrendo nestes últimos dez anos, o que têm dificultado o apoio mútuo e o controle sobre a vida familiar.

Infere-se que a sobrecarga de trabalho exigida atualmente das famílias brasileiras tem afetado as relações interpessoais, uma vez que diminui o tempo de convivência entre os membros e as situações estressantes têm interferido na qualidade das relações. No contexto da dependência química, tais situações podem se intensificar e, muitas vezes, a falta de tempo dos familiares permanecerem juntos e presença de conflitos relacionais exercem grande influência no tratamento e na recuperação, tanto do dependente quanto da família. Além disso, abrir mão de um emprego pode gerar sérias repercussões na questão financeira da unidade familiar, por isso os profissionais de saúde devem considerar todos os aspectos que envolvem o dependente químico e sua família, atentando-se para questões sociais e econômicas que podem influenciar no processo de resiliência.

Algumas famílias deste estudo reconheceram que antes da descoberta da problemática das drogas elas conviviam de maneira mais distante, justificada pela falta de tempo, demandas do cotidiano e sobrecarga de trabalho. Assim, elas identificaram como recurso potencial para enfrentamento e superação das dificuldades, a união/coesão e a conexão familiar. A busca por fortalecimento de vínculos e o amor existente no seio familiar foram capazes de fortalecer as famílias e auxiliá-las na resiliência. Segundo

Silva, Silva e Luz (2012), a coesão familiar consiste na união e ligação emocional entre os membros.

Walsh (2005; 2012; 2016) descreve o termo “senso de conexão” para se referir ao equilíbrio da unidade familiar no processo da resiliência. Os membros familiares conseguem ser e estar unidos e conectados em épocas de crise, e mesmo assim respeitar as diferenças existentes entre eles. A resiliência familiar é fortalecida quando os membros familiares se apoiam mutuamente, colaboram e se comprometem no processo de enfrentamento da crise (WALSH, 2016).

Estudos sobre resiliência familiar apontam que a interconexão é considerada um atributo da unidade familiar. É importante que ela compartilhe senso coletivo de união ou coesão, construa ou fortaleça laços afetivos e de solidariedade familiar. O senso de conexão permite à família trabalhar em equipe (WALSH, 2005; 2012; 2016; OH; CHANG, 2014), estabelecer alianças flexíveis, rever papéis individuais e responsabilidades, alcançar metas (OH; CHANG, 2014).

No tocante à união e fortalecimento de vínculo, os entrevistados relataram o tempo de convivência, o qual era prejudicado por diferenças de horários de trabalho, por exemplo.

As famílias tendem a apresentar um melhor funcionamento quando são capazes de equilibrar a proximidade entre os membros familiares e o compromisso com tolerância às diferenças e à separação (WALSH, 2005; 2012). A autora ressalta ainda que os membros podem até passar um período de tempo separado um dos outros e não estarem constantemente presentes fisicamente, mas são capazes de compartilhar algum tempo juntos, tomar decisões em conjunto e se apoiarem.

Investir em tempo de convivência pode ser extremamente proveitoso à família e auxiliar no seu fortalecimento para o enfrentamento da crise (JULIANO; YUNES, 2014; BISHOP; GREEFF, 2015; POWER et al., 2015). A convivência possibilita construir redes e consolidá-las. Conviver com outras pessoas significa obter interação em que haja reciprocidade afetiva, que auxilia no desenvolvimento de respeito (JULIANO; YUNES, 2014).

O amor existente na unidade familiar foi relatado pelos entrevistados como motivo da não desistência diante da dificuldade, possibilitando a família permanecer no processo de enfrentamento da situação adversa. Estudos que analisaram a percepção de familiares participantes de grupos de família de dependentes químicos identificaram sentimentos ambivalentes. Entretanto, para eles, o sentimento de amor permeou o

cotidiano de suas vidas, bem como a fé e a esperança (MATOS; PINTO; JORGE, 2008). Outro estudo que apreendeu o significado da convivência diária da família com um membro dependente de *crack* pela perspectiva fenomenológica salientou que, apesar de toda sobrecarga emocional e física que a família sente no cuidado ao membro adoecido, ela consegue manifestar sentimentos de amor (REIS; MOREIRA, 2013).

Walsh (2005; 2012) relata que os sentimentos variam de acordo com a situação estressora a que as pessoas estão submetidas, e esses sentimentos podem ser expressos de maneiras diferentes. No entanto, a tolerância amorosa e o apoio mútuo devem estar presentes, mesmo quando os sentimentos são contraditórios. A autora ressalta também que o cuidado e a preocupação com os outros, tanto sustentam os membros familiares como dão significados às suas vidas.

Os familiares deste estudo reconheceram que programar eventos de lazer e entretenimento intrafamiliar e com família ampliada proporciona oportunidades para fortalecerem laços afetivos, aliviarem a tensão, relaxarem, bem como usufruírem de momentos de humor. A literatura salienta que proporcionar tempo e lugar para convivência coletiva com objetivos de recreação, é fundamental para a conexão ou coesão familiar. Tais estratégias fortalecem a resiliência familiar (WALSH, 2005; 2012; 2016; POWER et al., 2015). Durante a fase de enfrentamento da crise, a família pode oportunizar momentos para recordar situações prazerosas que viveu, as quais podem gerar senso de conexão familiar e possibilitar momentos de relaxamento. É recomendável que a família planeje a atividade coletivamente, principalmente se for alguma que estimule a colaboração de todos. Essa atividade pode estar relacionada à natureza, ao esporte, à renovação espiritual, a momentos de descontração, entre outras (WALSH, 2005; 2016).

Ainda no ambiente intrafamiliar, constatou-se que os membros familiares deste estudo ofereceram e receberam apoio emocional de membros da família ampliada. A circularidade desse apoio emocional foi identificada pelos familiares como momentos de distração e de humor, os quais minimizaram situações angustiantes e revitalizaram as famílias. Tais achados corroboram estudo com familiares de usuários portadores de transtorno mental, em que apontam que o humor possibilitou a muitas famílias expressarem emoções e sentimentos relacionados à situação adversa, que em outros momentos e espaços não conseguiriam expor (POWER et al., 2015). O humor diminui a tensão, deixa os membros familiares mais à vontade, os ajuda a enfrentar a crise,

estimula uma perspectiva positiva e otimista, bem como alivia cargas emocionais pesadas (WALSH, 2005).

O **segundo tema** referente à **Busca de suporte e apoio extrafamiliar**, as famílias buscaram recursos da comunidade para auxiliá-las no enfrentamento da crise, a fim de obterem apoio informacional, emocional e instrumental.

As redes sociais fornecem ajuda prática na conexão com a comunidade, proporcionando informações, serviços, apoio emocional e afetivo, e até mesmo sensação de segurança (WALSH, 2005; 2016).

A rede de apoio social é compreendida como um conjunto de recursos estruturais ou institucionais e de pessoas significativas que se articulam e se relacionam, sendo recebidos ou percebidos pelo indivíduo (BOWLING, 2003; BULLOCK, 2004; JULIANO; YUNES, 2014). Constituem como componentes da rede social, a família, vizinhança, organizações religiosas, sistema de saúde e escolar, culturais, lazer, econômicos e sociais. Apoio/suporte social é compreendido na dimensão pessoal, constituído pelos membros desta rede social que são relevantes para a pessoa e familiares, que se disponibilizam na ajuda e no cuidado. Porém, também são reconhecidos pela pessoa ou familiares como fonte de confiabilidade e segurança. O apoio social contempla a dimensão informativa, emocional e instrumental (AMARANTE, 1997; BOWLING, 2003; BULLOCK, 2004; ROCHA, 2005; PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009; RODRIGUES; FERREIRA, 2012).

O apoio social em sua dimensão informativa se refere a sugestões, conselhos e informações; na dimensão emocional se refere a afeto, amor, empatia e respeito, e na dimensão instrumental ao auxílio financeiro, disponibilização de bens e serviços, todas fornecidas por membros da rede, resultando em efeitos emocionais e comportamentais benéficos à pessoa ou membro familiar e melhorando a qualidade de vida do indivíduo (AMARANTE, 1997; BOWLING, 2003; BULLOCK, 2004; ROCHA, 2005; PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009; RODRIGUES; FERREIRA, 2012).

Os serviços de Comunidades Terapêuticas, clínicas privadas para desintoxicação, Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas são considerados pontos de atenção mais utilizados para tratamento da dependência química, bem como os grupos de mútua ajuda (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente, entre outros), enquanto recursos de apoio social (PAZ; COLOSSI, 2013).

Entretanto, no Brasil, a portaria n.3.088 de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que dispõe sobre outros pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é composta por diversos equipamentos e estratégias que permeiam a Atenção Primária à Saúde, equipes de apoio de atenção básica para populações específicas, serviços de urgência e emergência, serviços de atenção residenciais transitórios e os de regime residencial terapêutico, de atenção hospitalar geral e leitos de referência, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011)⁸.

Neste estudo, as famílias identificaram a internação, tanto em clínicas privadas de desintoxicação e reabilitação para a dependência química como públicas, como um dos principais recursos instrumentais de apoio na comunidade. Geralmente, as clínicas referidas pelos familiares correspondiam ao equipamento Comunidade Terapêutica privada ou pública, consideradas como serviços de atenção em regime residencial. Tais dados corroboram o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos, que apontou que o primeiro tipo de serviço que a família procurou para seu membro adoecido consistiu na internação em clínicas ou hospitais psiquiátricos (21,5%), seguidos pelos grupos de mútua ajuda (AA, NA e Amor Exigente) (13,9%), apoio religioso ou igreja (11%), apoio de parentes e amigos (7%) e CAPS (2,6%)(LENAD FAMÍLIA, 2012). Percebe-se pelos dados que o CAPS não foi reconhecido previamente como serviço de tratamento e apoio. Tal fato pode estar relacionado à característica da população investigada, a qual se restringiu às comunidades terapêuticas, clínicas de internação e grupos de mútua ajuda.

Observou-se que a procura pela internação em clínica de reabilitação ou Comunidades Terapêuticas se deu em caráter emergencial pelas famílias do presente estudo, justificada pela situação crítica que o dependente e sua família vivem. Outro fator também se relacionou às repercussões intensas e de conflito na vida pessoal e familiar.

O segundo recurso mais procurado pelas famílias entrevistadas corresponderam aos grupos de mútua ajuda, especialmente Amor Exigente e Narcóticos Anônimos, corroborando dados epidemiológicos nacionais (LENAD FAMÍLIA, 2012). Tais grupos visam ações de cuidado com foco educativo e promoção de estratégias de

⁸ Maiores detalhes consultar a portaria n. 3088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

enfrentamento da dependência química voltadas aos usuários e seus familiares (BRASIL, 2013b).

Os grupos de mútua ajuda são constituídos por pessoas que já vivenciaram ou não situações de dependência psicoativas ou outros tipos de adições, e que se unem para ajudar outros indivíduos diante dos mesmos problemas. Estas organizações têm como finalidade superar problemas físicos e mudar estilos de vida destrutivos, através da espiritualidade (MARINHO; SILVA; FERREIRA, 2011).

De acordo com Sant'Anna e Ferreira (2010), o grupo de mútua ajuda Amor Exigente é considerado grupo de apoio em que os membros se ajudam mutuamente, com o objetivo de mudança de comportamentos. O grupo é direcionado a pais e orientadores e objetiva prevenir e solucionar problemas com seus filhos. As suas reuniões são regidas através de planejamento de ações para o bom funcionamento e são baseadas em 12 princípios, sendo o lema do Amor Exigente: “eu o amo, mas não aceito o que você está fazendo de errado” (p. 470). O público alvo desse grupo consiste em pais, filhos e comunidade em geral, como escola, professores, educadores, entre outros.

Quanto aos Narcóticos Anônimos (NA), o grupo é uma sociedade ou irmandade sem fins lucrativos, direcionados a homens e mulheres que vivenciam problemas com as drogas. O grupo é formado por usuários de substâncias psicoativas em recuperação que se reúnem com o objetivo de total abstinência de todas as drogas. O desenvolvimento das atividades do NA é baseado e regido por 12 passos, 12 tradições e 12 conceitos e encara o abuso e dependência de drogas como uma doença física, mental e espiritual, utilizando-se da orientação decorrente das próprias experiências dos seus membros (SANT'ANNA; FERREIRA, 2010).

Nesses grupos, os familiares compartilham suas experiências, gerando um sentimento de pertença social. Essa capacidade de inclusão gerada pelos grupos de mútua ajuda faz com que os participantes se percebam como apoiados, acreditados e até mesmo confiantes quanto à superação das dificuldades (PINHEIRO et al., 2008).

As famílias deste estudo reconheceram o CAPS-AD e seus profissionais de saúde como fontes de apoio informacional e emocional importantes no processo da resiliência familiar. Os grupos de família constituíram em modalidades terapêuticas ofertadas por esse serviço de saúde aos familiares deste estudo. O grupo consistiu em espaço de acolhimento, escuta e partilha de experiências familiares. Compartilhar histórias semelhantes entre famílias, apesar de suas singularidades e subjetividades, promove ajuda mútua, fortalecimento, aprendizado, ressignificações da situação

vivenciada, elaboração de novas estratégias de enfrentamento, segurança e conforto. Assim, o grupo de família fortalece a resiliência familiar.

Evidências científicas corroboram tais dados, quando as atividades grupais são reconhecidas como fonte de apoio emocional aos familiares, pois as demandas do grupo são compreendidas e acolhidas sem julgamento (SELEGHIM et al., 2011; ALVAREZ et al., 2012; GOMES et al., 2012; DUARTE; VIANA; OLSCHOWSKY, 2015); o grupo aproxima, cria e fortalece vínculos entre as famílias (OLIVEIRA et al., 2010; SELEGHIM et al., 2011; BISHOP; GREEFF, 2015) e facilita o desenvolvimento de comportamentos baseados na paciência, na compreensão e no diálogo (ALVAREZ et al., 2012).

Na percepção das famílias deste estudo, o apoio informacional obtido através do grupo de família e dos profissionais consistiu no aprendizado sobre o universo da dependência química, como cuidar do seu ente adoecido e como manejar situações complexas. Ao compreenderem a doença e a importância do tratamento, as famílias obtiveram um novo olhar sobre suas vivências e adotaram comportamentos diferentes. Tais achados corroboram estudos em que as famílias reconhecem a importância do grupo para instrumentalizá-las no manejo do cuidado e convivência diária com seu familiar dependente, fortalecendo-as para ajudá-lo em sua recuperação (ALVES et al., 2015; BISHOP; GREEFF, 2015). Outro estudo salienta que a família ao participar de atividades educacionais e terapêuticas ofertadas pelo grupo, proporciona-lhe visão diferenciada sobre a temática, modificando a percepção pejorativa do dependente, ou seja, de mau caráter e vagabundo, para o entendimento da condição crônica, que requer ajuda especializada (PAULA et al., 2014).

Matos, Pinto e Jorge (2008) ao estudarem a percepção de familiares sobre os grupos de apoio para o tratamento da dependência química, identificaram que as famílias têm expectativas quanto ao entendimento e aceitação do contexto da dependência química, e planejamento de estratégias eficazes para enfrentá-lo.

Os relatos dos familiares deste estudo reforçaram o papel apoiador dos profissionais de saúde do CAPS-AD nas dimensões educacional, terapêutica e emocional, corroborando evidências científicas (ZANATTA; GARHETTI; LUCCA, 2012; STEWART, 2012; BISHOP; GREEFF, 2015).

A equipe de saúde desses serviços desempenha papel relevante no acolhimento das famílias, tornando-se referência para os membros familiares no momento que buscam ajuda. A conversa terapêutica entre os profissionais de saúde, usuários e seus

familiares consiste em momento único e importante de acolhimento, escuta e liberdade de expressão (ZANATTA; GARHETTI; LUCCA, 2012). Ao recepcionar e acolher as famílias nos serviços de saúde mental de maneira empática, o profissional contribui para facilitar o estabelecimento de vínculos, engajamento e adesão da família no tratamento do seu familiar dependente (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

A relação de confiança, respeito e compreensão entre os profissionais e as famílias permite que elas os reconheçam como apoiadores seguros e de referência. A atitude empática e competência técnica da equipe de saúde geram segurança aos familiares e os fortalece frente aos desafios da vida. Portanto, o estabelecimento de uma aliança terapêutica entre profissionais, dependente e família fortalece a resiliência familiar.

Por fim, as famílias deste estudo também identificaram os amigos como fonte de apoio e força. Mensagens positivas, com palavras de conforto e encorajamento permearam o diálogo entre as famílias e amigos pertencentes ou não de grupos religiosos. Walsh (2005; 2016) salienta que as redes sociais também envolvem grupos comunitários e religiosos, amigos, os quais podem ofertar segurança e encorajamento.

Os relatos deste estudo demonstraram que as famílias que vivenciam contexto das drogas encontraram-se sensibilizadas. Porém, a demonstração de afeto e uma palavra de ânimo de amigos foram capazes de confortá-las e fortalecê-las no enfrentamento dos desafios diários. As mensagens de encorajamento contribuíram para o processo de resiliência familiar.

No referente à **segunda categoria** deste estudo - **A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família**, que envolve os sistemas de crenças, as famílias entrevistadas salientaram àquelas crenças que promoveram perspectivas positivas e otimistas no contexto das drogas, as quais as fortaleceram para a resiliência. Entretanto, quando a família vivencia experiências de sucesso e promove ambiente protetor, as perspectivas são revitalizadas e reforçadas (WALSH, 2016).

As famílias entrevistadas, apesar de imersas em ambiente de grande conflito e estresse constante, não perderam a motivação e esperança para lutar, conforme o **primeiro tema - A família luta e não desiste** e o **segundo tema: A família tem fé, confiança e esperança**. A perseverança, persistência, esperança, fé, religiosidade e confiança constituíram em forças familiares para enfrentamento e superação das dificuldades advindas do contexto da dependência das drogas. De acordo com Walsh

(2016), as famílias visualizam e percebem a situação estressante como desafiadora e gerenciável, simultaneamente.

Os relatos das famílias deste estudo apontaram que a fé, confiança e esperança contribuíram para a manutenção de uma visão positiva diante da adversidade, principalmente no contexto da dependência química, o qual geralmente é permeado por emoções negativas e pessimistas.

As famílias entrevistadas salientaram que manter a esperança de que seu familiar dependente se recuperará e será curado, gerou sentimentos motivacionais, que as mobilizou e fortaleceu para persistirem e não desistirem da luta. A iniciativa e a perseverança são elementos fundamentais para a resiliência familiar, muitas vezes estimuladas pela confiança compartilhada pela unidade familiar durante as dificuldades (WALSH, 2005; 2016). Ao contrário de rigidez, a perseverança é caracterizada como uma grande determinação interna e coletiva de dar continuidade nas ações. Quando a família percebe que sobreviveu diante da dificuldade e permaneceu no processo de enfrentamento, reconhece as conquistas como fontes de orgulho, heroísmo e confiança (WALSH, 2005).

A resiliência familiar também envolve demonstrações de confiança durante os desafios, através de ações resolutivas para os problemas de forma otimista e ativa. Quando a família acredita e confia no potencial de investimento de seus membros diante de situações adversas, toda a unidade sente-se fortalecida e esperançosa. Essa esperança consiste na crença de um futuro melhor, independentemente do contexto que a família vive no presente (WALSH, 2005).

Dessa maneira, considerando na perspectiva sistêmica, quanto mais positivas forem as conquistas, mais confiante a família se sente, gerando mais esperança, perseverança e persistência.

De fato, a esperança fornece força, energia e incentiva as pessoas na luta para ultrapassarem os obstáculos e adversidades (WALSH, 2005; 2016). Revisão sistemática sobre resiliência familiar de parente com transtorno mental grave salienta que a esperança positiva consiste em força, a qual motiva as pessoas a identificarem alternativas positivas para as adversidades (ZAUSZNIIEWSKI et al., 2015).

Para os familiares deste estudo, outras crenças que promoveram perspectivas positivas consistiram na fé em Deus e apego às práticas religiosas, consistindo no **terceiro tema - A fé em Deus e a oração dão forças à família**. As famílias se apegaram às práticas religiosas como recursos de fortalecimento e auxílio para

superação das dificuldades envolvidas no cotidiano da dependência química. Elas obtiveram forças advindas de Deus e da oração.

Na concepção de resiliência familiar sistêmica, as crenças espirituais e religiosas fornecem sentidos e significados à família que ultrapassam a compreensão somente no âmbito da provação. Geralmente, as famílias quando se veem em situações difíceis buscam força, conforto e orientações, principalmente quando se conectam espiritualmente com suas tradições culturais, crenças espirituais e religiosas (WALSH, 2005; 2012; 2016). Assim, as famílias recorrem às fontes espirituais de resiliência, como por exemplo, a fé, reza e orações.

A fé faz parte das tradições culturais, históricas e de construções socioideológicas das populações mundial e brasileira. A fé influencia as práticas cotidianas das famílias (ANDRADE, 2009) e alimenta crenças positivas de que os desafios podem ser vencidos. Neste sentido, nem sempre a fé é advinda de atividades religiosas (WALSH, 2005). Estudo de Souza et al. (2015) com adolescentes em tratamento oncológico salienta que a fé consiste em forma expressiva da espiritualidade, e que dá significado à vida das pessoas. A pessoa ao enfrentar situações estressantes, principalmente no processo de adoecer, recorre à fé para confortá-las e apoiá-las.

Assim, a espiritualidade está intimamente relacionada ao enfrentamento da situação estressora, pois a pessoa se apega à fé para aliviar sofrimentos, adquirir conforto, esperança e expectativas de sucesso no tratamento (GUERRERO et al., 2011; SALCI, MARCON, 2011; FERREIRA FILHO et al., 2012). Dessa forma, a espiritualidade auxilia a saúde mental da pessoa, considerando que reduz estresse e promove crescimento espiritual (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

As famílias deste estudo também demonstraram acreditar e ter fé na recuperação e cura de seu membro dependente. A fé foi considerada como suporte e força para as famílias trilharem diariamente o “território das drogas”, enfrentarem seus obstáculos e desafios. Esses achados corroboram estudo com pacientes oncológicos, que salienta a espiritualidade como fonte de resiliência, pois oferece força, suporte e sustentação nos momentos de dificuldade (SORATTO et al., 2016).

A relevância da crença, da fé e da religião e a resiliência pode ser utilizada pelos profissionais de saúde, inclusive pela enfermagem, para identificar as necessidades do que está sendo cuidado e considerar os aspectos subjetivos envolvidos, o que facilita e qualifica o planejamento das ações, a orientação e o cuidado (GUERRERO et al., 2011; GONÇALVES, SANTOS, PILLON, 2014).

Para os familiares deste estudo a fé em Deus foi considerada estratégia de enfrentamento da problemática das drogas e promoveu forças para a família. Infere-se que a força familiar adveio de Deus ou de um Ser Superior que olha, escuta, acolhe e protege. De fato, ter fé em Deus e vivenciar experiências espirituais positivas geram conforto, comunhão e paz interior (WALSH, 2005; 2012). Nesses casos, Deus, enquanto fonte de força auxilia o ser humano a superar situações de crises existenciais (SORATTO et al., 2016). A fé em Deus traz alívio ao sofrimento, uma vez que conforta devido à esperança de que Deus promoverá dias melhores (CARVALHO; MENANDRO, 2012). Essa visão otimista e positiva é reforçada diante de experiências bem sucedidas (WALSH, 2005).

Através de práticas religiosas, como a oração, as famílias deste estudo aproximaram-se da entidade Divina, sentiram-se ouvidas, fortalecidas, tranquilas e aliviadas em seus sofrimentos. A oração e a reza fizeram com que os familiares se sentissem mais próximos de Deus, e percebessem que não estavam sozinhos no enfrentamento da adversidade, pois suas preces foram atendidas e receberam proteção e força. Estudos apontam que as práticas religiosas constituem em mecanismos de enfrentamento positivos sobre a vida e o tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas (SHAMSALINIA et al., 2014; ZERBETTO et al., 2017). Portanto, infere-se que esta evidência científica pode ser estendida também ao âmbito da família. As práticas como a oração e meditação são consideradas com principais fontes de resiliência na percepção dos membros familiares (WALSH, 2016).

O ato de rezar e orar constitui em prática milenar e ao ser realizado, pode permear conteúdos e objetivos diversos, tais como: súplica, intercessão, confissão, lamentação, adoração invocação e gratidão (CALDEIRA, 2009).

Essas práticas produzem benefícios nos âmbitos físico, psíquico e emocional, contribuindo para a saúde mental, reduzindo a taxa de depressão e ansiedade, bem como gerando bem estar (MCEWEN, 2005). Elas tornam os eventos inesperados menos ameaçadores e permitem a aceitação de situações que não podem ser modificadas (WALSH, 2005).

Para os familiares deste estudo, a sensação de conforto gerada durante a comunhão com uma instituição religiosa ou em contato com o Divino fez com que a família renovasse suas forças e se sentisse mais confiante em prosseguir nos desafios. A literatura salienta que a necessidade das famílias em reduzirem o sofrimento gerado pela situação de doença ou infortúnios, as motiva a buscarem apoio em instituições

religiosas. Essas instituições religiosas as acolhem e proporcionam-lhes apoio, promovendo sentimento de pertencimento. Dessa maneira, tais instituições fornecem ajuda à família no enfrentamento do sofrimento psíquico, minimizando-o através da oração, meditação e contato com o Divino (REINALDO, 2012).

Frequentar instituições religiosas fortaleceu as famílias deste estudo, pois se identificaram com as mensagens compartilhadas no local, através da leitura da Bíblia ou mensagens pronunciadas durante o culto religioso. De fato, os estudos apontam que a participação em missa ou cultos religiosos, independente da religião, bem como frequentar igrejas ou outro ambiente religioso, promovem conforto, alívio e bem-estar (BONELLI et al., 2012; NEPOMUCENO et al., 2014; ZERBETTO et al., 2017). Os dados deste estudo corroboraram literatura que salienta que as mensagens advindas da Bíblia transmitidas pelos líderes religiosos são permeadas de conteúdo de incentivo (SANTOS et al., 2013; ZERBETTO et al., 2017), que fortalecem a resiliência familiar.

A religiosidade e a fé oferecem recursos sociais que auxiliam a família, principalmente no que se refere à construção de novas redes de apoio e socialização (SANCHEZ; NAPPO, 2008). Assim, melhoram a qualidade de vida e a saúde mental dos familiares, auxiliando inclusive nos sentimentos emergentes, como medo e sofrimento (KOENING, 2007). Assim, diante desses dados, infere-se que a espiritualidade, religiosidade e suas práticas devem ser consideradas e relevadas pelos profissionais de saúde durante o cuidado. Eles precisam valorizá-las, compreendê-las e apoiá-las, pois se constituem em fontes de resiliência familiar. A literatura salienta que as práticas religiosas e crenças da família constituem em estratégias mediadoras para o processo saúde-doença, por promovem recursos de enfrentamento (ou *coping*) religioso e espiritual para fortalecimento da resiliência (WALSH, 2005; BRITO et al., 2016). O cuidado espiritual é um ato humanizado e constitui em desafio aos profissionais da saúde, pois envolve escuta terapêutica, presenciar a dor e o sofrimento das famílias e confortá-las; ser flexível e se aliar ao paciente e à família, apoiando-a em sua perspectiva positiva de esperança (WALSH, 2005).

A **terceira categoria** deste estudo, ou seja, **a resiliência familiar envolve a comunicação assertiva**, apontou que as famílias buscaram comunicação assertiva para auxiliá-las no processo de resiliência. Elas reconheceram que os processos comunicacionais facilitadores para resiliência familiar envolveram diálogo paciente, monitoração do tom de voz e manutenção da calma.

Os padrões de comunicação interferem intensamente nas relações interpessoais e podem dificultar ou facilitar o manejo da situação estressora. Na percepção dos familiares entrevistados, o contexto adverso das drogas possibilitou resgatar as relações entre os membros familiares, principalmente entre os casais, e o diálogo anteriormente inexistente. De acordo com Walsh (2016), muitas vezes, a situação da adversidade promove a união e conexão entre os membros familiares, promovendo o compartilhamento de sentimentos e expressão emocional aberta. A comunicação aberta é especialmente importante ao lidar com uma provação prolongada, expondo seus medos, seus sentimentos e suas perspectivas. A realidade deve ser reconhecida para que os membros se auxiliem mutuamente para extrair significado, conseguir apoio e reorganizar suas vidas. Diante de uma dificuldade, é importante discutir sobre os recursos que possuem para lidar com a situação, bem como tudo aquilo que pode impedi-los (WALSH, 2005).

Vale ressaltar que a comunicação aberta e o compartilhamento de sentimentos, emoções, opiniões e valores podem fortalecer a família, considerando que geralmente os membros se sentem participantes do processo de enfrentamento e solicitam espaço para a escuta. Há situações em que os familiares não se posicionam frente ao desafio por medo de assumir toda a responsabilidade e as situações não serem exitosas, gerando um processo de culpabilização (WALSH, 2005).

A paciência expressa na maneira de comunicação no processo interativo entre os casais deste estudo constituiu em combustível para conexões positivas e permitiu tempo para análise da situação adversa. Tais achados corroboraram estudo sobre resiliência familiar no contexto do sofrimento psíquico que aponta a família tem possibilidades de se comunicar de modo adequado e ponderado, geralmente possuem melhores condições emocionais para resolução dos problemas no coletivo (BISHOP; GREEFF, 2015). Infere-se que, a impulsividade e a impaciência no processo interacional e dialógico impedem que as famílias reflitam e analisam o fato ocorrido, e conseqüentemente, busquem soluções mais eficientes e eficazes.

Entretanto, diálogo, afeto, respeito, compreensão, esclarecimentos e ambiente familiar harmonioso estabelecem relações baseadas no respeito e na confiança, o que torna as ações muito mais efetivas e contribui na formação familiar (WALSH, 2005; BRUSAMARELLO et al., 2010; FREIRES; GOMES, 2012).

A tonalidade de voz baixa e a atitude calma do membro familiar no processo de comunicação foram reconhecidas por dois casais deste estudo como atributos da

resiliência familiar. Estudo salienta a intrínseca relação entre a capacidade de a família comunicar-se de maneira calma e a capacidade de adaptação à situação de crise. Quanto mais os seus membros forem capazes de se comunicar calmamente, melhor será a capacidade da família em compreender a situação e resolvê-la (BISHOP; GREEFF, 2015). Em famílias com funcionamento saudável, a união ou coesão é reconhecida nos comportamentos de seus membros familiares, no conteúdo verbal e até mesmo no tom de voz utilizado nas conversas. O tom de voz afetivo e otimista pode facilitar o processo de enfrentamento, pois os membros familiares conseguem demonstrar os sentimentos emergentes. Embora as mensagens possam ser inesperadas, elas podem ser transmitidas de forma empática e respeitosa, evitando-se conflitos (WALSH, 2005).

Na negociação, na conversa, no planejamento e reformulação de ações, para serem bem sucedidos, todos os membros devem ouvir e falar com atenção, com paciência e compreensão. O monitoramento e apoio fortalecem os relacionamentos quando o problema é solucionado (WALSH, 2005).

Diante dos resultados deste estudo, infere-se que o profissional de saúde deve ser um facilitador do processo interacional e se atentar ao padrão de comunicação estabelecido nas famílias cuidadas. É importante dar voz aos membros familiares e compreender a subjetividade de cada unidade familiar, para que a ação seja além de técnicas, mas que seja um fortalecimento dos próprios potenciais familiares, promovendo a resiliência.

6. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou compreender aspectos da percepção de cinco famílias de dependentes de substâncias psicoativas sobre os elementos fundamentais de seus funcionamentos, que auxiliam na resiliência familiar.

Os resultados apontaram elementos da funcionalidade familiar que promoveram resiliência e perpassaram o padrão organizacional, sistema de crenças e processos da comunicação.

No aspecto organizacional, a família se mobilizou em busca de apoio e suporte emocional, informacional, social e econômico, articulando sua rede intrafamiliar e de família ampliada, de recursos de saúde e amigos. A família movida pelo senso de conexão e amor entre os seus membros, sentiu-se fortalecida e motivada para o trabalho coletivo, descobrindo forças para promover inclusive momentos de encontro familiar prazerosos. O apoio emocional advindo da própria família, através de escuta e dos conselhos, promoveu forças e encorajamento aos familiares dos dependentes químicos, permitindo-lhes se engajarem no tratamento e buscarem estratégias de enfrentamento.

Apesar da internação em clínicas de reabilitação para dependentes ter sido identificada como primeiro recurso da família, tal fato justifica-se pelo seu caráter emergencial decorrente de intensa repercussão de conflito na família. Os grupos de família do CAPS-AD foram os mais citados e reconhecidos como espaço de aprendizado, troca de experiências, acolhimento e escuta, o que demonstra tendência para o paradigma psicossocial em detrimento do hospitalocêntrico. No referente ao sistema de crenças, a perseverança, persistência, esperança, fé, religiosidade e confiança constituíram em forças positivas familiares, ajudando a unidade familiar a manter perspectivas positivas e acreditar na recuperação de seus membros adoecidos.

O apego à fé e às práticas religiosas foi reconhecido como potente recurso de fortaleza das famílias, que contribui para a resiliência familiar. As famílias esperam que a força Divina possa transformar as situações de angústia da família e comportamento aditivo de seu familiar dependente, bem como promover serenidade para que os familiares possam resolver os problemas. A oração foi identificada como a principal prática religiosa que possibilita aos familiares um encontro espiritual com a entidade Divina. A aproximação com Deus ou um Ser Superior possibilitou as famílias sentirem-se ouvidas, fortalecidas, tranquilas e aliviadas em seus sofrimentos.

Na dimensão dos processos comunicacionais, os resultados apontaram a percepção dos familiares para a busca de uma comunicação assertiva, que envolveu diálogo calmo e paciente, e controle no tom de voz. Assim, manter uma comunicação eficiente favorece laços afetivos e o senso de conexão familiar.

Embora a dependência química acarrete sérias repercussões nas famílias, essa situação adversa pode ser vista como um desafio a ser enfrentado e superado através dos potenciais e forças existentes no sistema familiar. Reconhecer e fortalecer esses potenciais são essenciais para que a família compreenda seu papel, enquanto unidade capaz de superar as adversidades e viver de forma saudável.

Este estudo contribuiu para uma perspectiva de se utilizar os elementos fundamentais da resiliência no processo de avaliação e intervenção para o cuidado às famílias que buscam ajuda ao CAPS-AD. Portanto, uma intervenção que não visa os déficits da família e sua disfuncionalidade, mas que reconheça e valorize as forças familiares e a ajude em seu processo de (re)organização funcional. Assim, evita-se estereotipar e rotular a família como “família disfuncional”, “família codependente” e “família resistente”, mas identificando e reconhecendo o potencial da família, percebendo-a como agente ativo do processo. Portanto, para atingir tal objetivo também necessitará de qualificação dos profissionais de saúde para o cuidado à família, na perspectiva sistêmica.

Para a família desenvolver eficazes estratégias de enfrentamento, ela precisa se sentir amparada e cuidada, tendo à disposição uma rede de apoio que ofereça recursos para instrumentalizá-la para superar os desafios. Essa rede pode ser formada pelas instituições governamentais e não governamentais, por profissionais dos serviços de saúde, outras famílias que vivenciam experiências semelhantes e pelos próprios membros da família.

O presente estudo apresentou algumas limitações metodológicas. Durante a entrevista os familiares relataram suas trajetórias no processo de descoberta do consumo de drogas pelo seu ente dependente, o que possibilitou captar os elementos de resiliência familiar em uma condição mais estática, ou seja, quando se privilegia a intersecção do momento em que a família se deparou com adversidade das drogas. Entretanto, os resultados apontaram que a família mesmo vivendo em contexto de adversidade da dependência química, demonstra forças para enfrentá-lo e superá-lo.

O número reduzido de famílias participantes pode ser considerada uma limitação, porém, foram recrutadas todas as famílias, enquanto unidade familiar (com

mais de dois membros), que realizavam acompanhamento terapêutico em grupo de família ou individual e que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Tal fato possibilita refletir a possível dificuldade de famílias se engajarem e aderirem ao tratamento, bem como de mais membros familiares participarem do tratamento. Considerando que as cinco famílias faziam acompanhamento terapêutico, portanto, obtendo apoio e suporte em várias dimensões, principalmente o emocional, os resultados reforçaram a importância de elas serem acompanhadas e instrumentalizadas para o cuidado, fortalecendo a sua resiliência.

Além disso, não foi possível realizar a validação dos resultados com os participantes da pesquisa, devido ao tempo limitado e indisponibilidade de encontros por parte dos familiares.

Sugere-se que investigações futuras sobre resiliência familiar na perspectiva sistêmica sejam realizadas através de delineamentos de pesquisa longitudinais, utilizando-se do recurso da linha do tempo, apreendendo-se simultaneamente situações de estresse ou adversidade, bem como se considerando os ciclos vitais. Tais *designers* no método possibilitam acompanhar o processo de resiliência familiar ao longo da vida da família.

Outra sugestão para pesquisas refere-se à investigação sobre a relação entre processo de resiliência familiar no início do tratamento da dependência de substâncias psicoativas e quando a família já convive com esta situação adversa em longo prazo, avaliando a influência do tempo de vivência com a dependência química e a motivação e o enfrentamento familiar.

7. REFERÊNCIAS

ABASI, I.; MOHAMMADKHANI, P. Family risk factors among women with addiction-related problems: an integrative review. **Int J High Risk Behav Addict**, v. 5, n. 2, 2016. Disponível em <http://jhrba.com/?page=article&article_id=27071>. Acesso em 17 jan 2017.

ALVAREZ, S. Q. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/15>>. Acesso em 20 dez 2016.

ALVES, R.D. et al. Grupos de familiares em CAPS ad: acolhendo e reduzindo tensões. **SANARE**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/613>>. Acesso em 10 jan 2017.

AMARANTE, P. Loucura e ação cultural: desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49, 1997, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte:ABEN/MG 1997, p. 289-308.

AMATO, TC. **Resiliência e uso de drogas: como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes**. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciência]. Universidade Federal de São Paulo; 2010.

ANDRADE, M.O. A religiosidade brasileira: o pluralismo religioso, a diversidade de crenças e o processo sincrético. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 14, 2009. Disponível em <<http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/6A%20religiosidade%20brasileira.pdf>>. Acesso em 22 jan 2017.

ÂNGELO, M. et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, Esp. 2, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600033>. Acesso em 17 jan 2017.

ANTUNES, B. et al. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 11, n. 3, 2012. Disponível

em <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15416/pdf>>. Acesso em 20 jan 2017.

ASKIAN, P. et al. Characteristics of co-dependence among wives of persons with substance use disorder in Iran. **Int J Ment Health Addict**, v. 14, 2016. doi:10.1007/s11469-016-9631-0. Acesso em 17 jan 2017.

AZEVEDO, C.S. de; SILVA, R.S. A importância da família no tratamento do dependente químico. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 16, n. 25, 2013. P. 151-162. Disponível em <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2439/2337>>. Acesso em 03 jan 2017.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 2, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a19>>. Acesso em 22 jan 2017.

BAHARUDIN, D.F. et al. Family intervention for the treatment and rehabilitation of drug addiction: an exploratory study. **J Subst Use**, v. 19, n. 4, 2014. Disponível em <<http://repository.um.edu.my/34669/1/Family%20Intervention.pdf>>. Acesso em 10 jan 2017.

BAHR, S. J.; HOFFMANN, J. P.; YANG, X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. **J Anterior Prim**, v. 26, n. 6, 2005. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10935-005-0014-8>>. Acesso em 20 fev 2016.

BECOÑA, E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. **Adicciones**, v. 19, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122034010>>. Acesso em 16 jan 2016.

BENCHAYA, M. C. et al. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. **J. Pediatr.**, v. 87, n. 3, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572011000300010&script=sci_arttext . Acesso em 20 dez 2016.

BISHOP, M.; GREEFF, A.P. Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. **J Psychiatr Ment Health Nurs.**, v. 22, n. 7, 2015.

Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12230/full>>. Acesso em 01 fev 2017.

BLACK, K; LOBO M. A conceptual review of family resilience factors. **Journal of Family Nursing**, v. 14, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://jfn.sagepub.com/content/14/1/33.short>>. Acesso em 16 jan 2016.

BONELLI, R. et al. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. **Depress Res Treat.**, 2012. Disponível em <<http://www.hindawi.com/journals/drt/2012/962860/>>. Acesso em 09 jul 2016.

BORSA, J.C.; NUNES, M.L.T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicol. Argum.**, v. 29, n. 64, 2011. Disponível em <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30281036/pa-4524.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492526201&Signature=ndtG3bfGPPeXteccGQBrHy9Llgc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAspectos_psicossociais_da_parentalidade.pdf>. Acesso em 17 abr 2017.

BORTOLON, C.B. et al. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.21, n.1, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 jan 2017.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. **Measuring health. A review of quality of life measurement scales**. 2^a ed. Philadelphia: Open University Press, 2003.

BRANDÃO, J.M. **Resiliência: de que se trata?** O conceito e suas imprecisões. 2009. 137 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BRANDÃO, J.M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I.F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paideia**, v.21, n. 49, 2011. Disponível em <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40500236/Brandao_Mahfoud_GianordoliNascimento_-

[_Construcao_do_conceito_de_resiliencia.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1486695697&Signature=j4hyn6QHMqUIE74ewBkmd4YRWA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_construcao_do_conceito_de_resiliencia.pdf](#)
>. Acesso em 20 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). Brasília: OBID, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 dezembro de 2011:** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.9p. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em 16 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 21 de maio de 2013 (republicada).** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2486:cin88-republicada-a-portaria-gm-n3088-que-institui-a-rede-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-sofrimento-ou-transtorno-mental&catid=6:conass-informa&Itemid=14>. Acesso em 29 dez 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf 34.>. Acesso em 13 jul 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em 10 out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em 10 out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em 10 out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BREVIDELLI, M.M.; DOMENICO, E.B.L. **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área de saúde**. 1ª ed. São Paulo: Iátria; 2006.

BRITO, H.L. de et al. Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar. **Contextos clínicos**, v. 9, n. 2, 2016. Disponível em <<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2016.92.06/5658>>. Acesso em 10 jan 2017.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 4, 2010. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13828>>. Acesso em 22 jan 2017.

BULLOCK, K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families**. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders, 2004. p.142-161.

CALDEIRA, S. Cuidado espiritual - rezar como intervenção de enfermagem. *CuidArte Enferm.*, v. 3, n. 2, 2009. Disponível em <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed05enfpsite.pdf>>. Acesso em 5 dez 2016.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, v. 57, n. 5, 2004. Disponível em <<http://unicamp.sibi.usp.br/handle/SBURI/14329>>. Acesso em 01 fev 2017.

CARAVACA-MORERA, J.A.; PADILHA, M.I. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. *Saúde Debate*, v. 39, n. 106, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00748.pdf>>. Acesso em 17 jan 2017.

CARPES, A.D. et al. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. *Discip Sci. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 13, n. 2, 2012. P. 145-151. Disponível em <<http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/999/943>>. Acesso em 03 jan 2017.

CARVALHO, M.F.A.; MENANDRO, P.R.M. Expectativas manifestadas por esposas de alcoolistas em tratamento no centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Rev Bras Promo Saúde*, v. 25, n. 4, 2012. Disponível em <<http://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2557/pdf>>. Acesso em 22 jan 2017.

CASSOL, P.B. et al. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 33, n. 1, 2012. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21664>>. Acesso em 20 jan 2017.

CORRÊA, M. Repensando a família patriarcal brasileira: notas para o estudo das formas de organização familiar do Brasil. *Cad. Pesq.*, n. 37, 1981. Disponível em <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1590>>. Acesso em 17 abr 2017.

COSTA, M. C. O. et al. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5,

2007. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-459443>>. Acesso em 20 fev 2016.

DELGADO, P.G.G. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F, KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207 p.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006.

DI NUBILA, H.B.V.; BUCHALLA, C.M. O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 11, n. 2, 2008. P. 234-335. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso em 03 jan 2017.

DIOS, VC. Droga, família, escola e grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. In: Carvalho DBB; Silva MT (Org.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Cadernos PRODEQUI, 1. Brasília:MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999.

DUARTE, J. da S. **Visita domiciliar como ferramenta útil para o cuidado em saúde mental**. 2014. 21 p. Dissertação (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DUARTE, M. de L. C.; VIANA, K.R.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação de usuários de crack sobre os grupos de familiares no centro de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 1, 2015. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/116098/000965087.pdf?sequence=1>>. Acesso em 03 jan 2017.

FEETHAM, S.L. Conceptual and methodological issues in research of families. In: BELL, J.M.; WATSON, W.L.; WRIGHT, L.M. editors. **The cutting edge of family nursing**. Calgary, Alberta, 1990. P 35-49.

FERREIRA FILHO, M.O. et al. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Rev Rene.**, v. 13, n. 1, 2012. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3762>>. Acesso em 01 fev 2017.

FOLKMAN, S. Stress, coping and hope. **Psycho-Oncology**, v.19, 2010.

FOLKMAN, S. **Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and future directions**. In: _____. The Oxford Hand Book of Stress, health and coping. New York, NY: Oxford University Press; 2011. p. 453-62.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>>. Acesso em 13 abr 2017.

FORGEARD, M. J. C.; SELIGMAN, M. E. P. Seeing the glass half full: a review of the causes and consequences of optimism. **Pratiques Psychologiques**, v. 18, n. 2, 2012. Disponível em <doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.002>>. Acesso em 20 jan 2017.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 26, n. 2, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jan 2017.

FREIRES, I. de A.; GOMES, E.M. de A. O papel da família na prevenção ao uso de substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10899/7098>>. Acesso em 22 jan 2017.

FRIEDMAN, M. **Family nursing: research, theory & practice**. Sed. New Jersey: Prentice Hall, 2003. p.3-33.

GALERA, S.A.P.; LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 2,

2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a05.pdf>>. Acesso em 20 fev 2016.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTO, M. A. F. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev Lat Am Enferm**, v. 19, spec, 2011. Disponível em <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3148>>. Acesso em 20 fev 2016.

GOMES, R.J. et al. Atendimento grupal: trabalhando a codependência. **Colloquium Humanarum**, v. 9, n. especial, 2012. Acesso em 10 jan 2017.

GONÇALVEZ, A.M. de S.; SANTOS, M.A dos; PILLON, S.C. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 10, n. 2, 2014. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v10n2/03.pdf>>. Acesso em 22 jan 2017.

GUERRERO, G.P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jan 2017.

GUIMARÃES, A.; ALELUIA, G. Intervenção familiar no tratamento do dependente de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.420-33.

HERMETO, E. M. C.; SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescentes: importância do suporte familiar. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2010. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1875.pdf>>. Acesso em 20 fev 2016.

II LENAD. **Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos**. INPAD/UNIAD. Laranjeira, R. et al. (Org.). 2012. Disponível em <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Familia_Nov.pdf>. Acesso em 14 jan 2017.

II LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.

2014. Disponível em <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em 14 jan 2017.

JULIANO, M.C.C.; YUNES, M.A.M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente e Sociedade**, v. 17, n. 3, 2014. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Maria_Yunes/publication/272090966_Reflexoes_sobre_rede_de_apoio_social_como_mecanismo_de_protecao_e_promocao_de_resilien_cia/links/54da69f90cf2ba88a68d2f02.pdf>. Acesso em 20 jan 2017.

KOENING, H.G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 34, suppl 1, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700002>. Acesso em 22 jan 2017.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 2, 2009. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4200>>. Acesso em 22 jan 2017.

LEMOS, V. A. et al. Low family support perception: a 'social marker' of substance dependence? **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 34, n. 1, 2012. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1516444612700107>>. Acesso em 20 dez 2016.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa e saúde**. 2ª ed. Santa Maria (RS): Pallotti; 2002.

MACIEL, S.C. et al . Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. **Psicol. teor. prat.**, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 jan 2017.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde de Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 3, 2011. Disponível em <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/7735>>. Acesso em 20 dez 2016.

MANZINI, C, et al . Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: a systematic review. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, 2016. p. 703-714. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400703&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 fev 2017.

MARCON, S.R. et al . Quality of life and depressive symptoms among caregivers and drug dependent people. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2012a. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jan 2017.

MARCON, S.R. et al . Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. spe2, 2012b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jan 2017.

MARINHO, J.A.C.; SILVA, I.F.; FERREIRA, S.L. Terapia de rede social e de 12 passos. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 301-310.

MARQUES, J.B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 31, n. 2, 2007. P. 246-255. Disponível em <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1410/1046>>. Acesso em 03 jan 2017.

MARTINS, G.S.; PEREIRA, F.C. da C.; SOUSA, I.C.A. de. A visita domiciliar como instrumento para humanização: revisando a literatura. **Carpe Diem: Rev. Cult. Cient. UNIFACEX**, v. 11, n. 1, 2013. Disponível em <<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/364/116>>. Acesso em 03 jan 2017.

MARTINS, M.H. Resiliência familiar: revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios. **Cadernos GREI** n.10, 2014. Acesso em 22 jan 2017.

MATOS, M. T. S.; PINTO, F. J. M.; JORGE, M. S. B. Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.1, 2008.

MCCUBBIN, H.I.; MCCUBBIN, M.A. Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. **Family Relations**, v. 37, n. 3, 1988.

MCEWEN, M. Spiritual nursing care: state of the art. **Holist Nurs Pract.**, v. 19, n. 4, 2005. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16006830>>. Acesso em 22 jan 2017.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; SHELLENBERGER S. **Genograms: assessment and intervention**. 2nd ed. New York: W.W. Norton; 1999.

MEDEIROS, K.T. et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43744899/287128992008.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1486220454&Signature=Id0quYyBT6g5Omvi89%2BmUq8Qumg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRepresentacoes_sociais_do_uso_e_abuso_de.pdf>. Acesso em 22 jan 2017.

MILENA, A. P. et al. Family structure and function during adolescence: relationship with social support, tobacco, alcohol and drugs consumption, and psychic discomfort. **Aten Primaria**, v. 39, n. 2, 2007. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Alejandra_Milena/publication/6499708_Family_structure_and_function_during_adolescence_Relationship_with_social_support_tobacco_alcohol_and_drugs_consumption_and_psychic_discomfort/links/55d75df408aed6a199a68204.pdf>. Acesso em 20 fev 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MISKO, M.D.; BOUSSO, R.S. Manejando o câncer e suas intercorrências: a família decidindo pela busca ao atendimento de emergências para o filho. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a08>. Acesso em 16 jul 2016.

MOREIRA, P.L.; ANGELO, M. Tornar-se mãe da criança com câncer: construindo a parentalidade. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 16, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_04>. Acesso em 16 jul 2016.

MORIARTY, H, et al. Exploring resilience in families living with addiction. **Journal of primary health care**, v. 3, n. 3, 2001. Disponível em <<http://www.rnzcgp.org.nz/assets/documents/Publications/JPHC/September-2011/JPHCOSP MoriartySeptember2011.pdf>>. Acesso em 20 fev 2016.

NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M.; HAYES, V.E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto contexto-enferm**, v. 14, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jul 2016.

NAVARRO, P.V. et al. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. **Rev Colomb Psiquiatr**, v. 44, n. 3, 2015. Disponível em DOI:10.1016/j.rcp.2015.02.007. Acesso em 18 jan 2017.

NEPOMUCENO, F.C.L. et al. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140006>>. Acesso em 15 mai 2016.

OH, S.; CHANG, S.J. Concept analysis: family resilience. **Open Journal of Nursing**, v. 4, 2014. Acesso em 25 outubro 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.413105>>.

OLIVEIRA, A.M.N. Abordagem familiar na dependência química. In: Silva FA, Silva ES, Medina JS. (Org.). **Uso de drogas psicoativas: teorias e métodos para multiplicador prevencionista**. 2. ed. Rio Grande: CENPRE, 2012. p. 87-100.

OLIVEIRA, L.M.A.C. et al. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc EnfermUSP**, v. 44, n. 2, 2010.

OLSEN, S.; DUDLEY-BROWN, S. Case for blending pedigrees, genogram and ecomaps: nursing's contribution to the 'big picture'. **Nurs Health Sci.**, v. 6, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2004.00208.x/full>>. Acesso em 20 jul 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID 10. 10ª revisão; v.3. EDUSP: 2008.

ORTH, P.S.A. **A Dependência Química e o Funcionamento Familiar à Luz do Pensamento Sistêmico** [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. 145 p. Disponível em <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0213.pdf>>. Acesso em 20 fev 2016.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicol. Estud**, v. 14, n. 1, 2009.

PATTERSON, J.M. Integrating family resilience and family stress theory. **J. Marriage Fam.**, v. 64, 2002. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x/full>>. Acesso em 01 fev 2017.

PATTERSON, J.M. Promoting resilience in families experiencing stress. **Pediatr. Clin. North America**, v. 42, n. 1, 1995. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395516389076>>. Acesso em 20 jan 2017.

PAULA, M.L. et al. Usuários de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saúde Soc**, v. 23, n. 1, 2014. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/84853>>. Acesso em 22 jan 2017.

PAYÁ, R. Terapia familiar. In: DIEHL, A., CORDEIRO, D.C., LARANJEIRA, R., organizadores. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 319-27.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N.B. Abordagem familiar em dependência química. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**.(org). 2ed. S. Paulo: Roca, 2010.

PAYÁ, R.; PILLON, S.C.; FIGLIE, N.B. A pathway for families to cope with substance misuse in a Brazilian context. **Ment Health Addict Res**.v.1, n.4, 2016. p.1-6. Disponível em <<https://oatext.com/pdf/MHAR-1-121.pdf>>. Acesso em 06 fev 2017.

PAZ, F.M.; COLOSSI, P.A. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estud. Psicol.**, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000400002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 17 jan 2017.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 1, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/0D/rbp/v26s1/a05v26s1.pdf>>. Acesso em 20 fev 2016.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692008000200024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 jan 2017.

PINHEIRO, C.P.O. et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 22 jan 2017.

POWER, J. et al. Family resilience in families where a parent has a mental illness. **Journal of Social Work**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1468017314568081>>. Acesso em 01 fev 2017.

REINALDO, A.M.S. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 16, n. 3, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300016&script=sci_arttext>. Acesso em 22 jan 2017.

REIS, H.F.T.; MOREIRA, T.O. Crack in the family's context: a phenomenological approach. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 4, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jan 2017.

REIS, L.M. dos; OLIVEIRA, M.L.F. de. Drogas e violência: percepção social em uma comunidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, 2015. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/28663/20766>>. Acesso em 20 dez 2016

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

ROCHA, S.M.M.; NASCIMENTO, L.C.; LIMA, R.A.G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 10, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jul 2016.

RODRIGUES, F.S. de S.; POLIDORI, M.M. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Rev Bras Cancerol**, v. 58, n. 4, 2012. Acesso em 23 dezembro 2016. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf>.

RODRIGUES, J.S.M.; FERREIRA, N.M.L.A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500021>. Acesso em 22 jan 2017.

ROOKE, M.I. Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 15, n. 2, p. 671-687, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 fev 2017.

ROOKE, M.I.; PEREIRA-SILVA, N.L. Resiliência familiar e desenvolvimento humano: análise da produção científica. **Psicologia em Pesquisa**, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em <<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/02/v6n2a11.pdf>>. Acesso em 17 jan 2017.

ROZEMBERG, L. et al. Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2014. p. 673-684. Disponível em

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300673&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 fev 2017.

RUTTER, M. Annual research review: resilience – clinical implications. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 54, n. 4, 2013. P. 474-887. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x/pdf>>. Acesso em 22 jan 2017.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 57, n. 3, 1987.

RUTTER, M. Resilience as a dynamic concept. **Rev Psychopathol.**, v. 24, n. 2, 2012. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22559117>>. Acesso em 22 jan 2017.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**, v. 14, n. 8, 1993.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. spe, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jan 2017.

SANCHEZ, Z.V. der M.; NAPPO, S.A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200011>. Acesso em 22 jan 2017.

SANT'ANNA, W. T.; FERREIRA, B. S. Grupos de autoajuda no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R., organizadores. **Aconselhamento em dependência química**. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 448-478.

SANTOS, A.R.M. et al. A systematic review of the influence of religiosity on the adoption of an active lifestyle. **Rev. Bras. Promoc. Saude**, v. 26, n. 3, 2013. Disponível em <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2950/pdf_1>. Acesso em 09 jul 2016.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a22v08n1>>. Acesso em 20 fev 2016.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005.

SEIDL, M.L.A.; BENETTI, S.P.C. Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención em salud. **Revista Diversitas – perspectivas em psocologia**, v. 7, n. 1, 2011.

SELEGHIM, M.R. et al. Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department. **Rev Lat-Am Enferm**, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 jan 2017.

SELEGHIM, M.R.; OLIVEIRA, M.L.F. de. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300010&lng=pt>. Acesso em 17 jan 2017.

SHAMSALINA, A. et al. Recovery based on spirituality in substance abusers in Iran. **Glob J Health Sci.**, v. 6, n. 6, 2014. Disponível em <<http://ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/36168/21662>>. Acesso em 02 abr 2016.

SILVA, C.E. da. **História e desenvolvimento do conceito de família** [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005. 157 p. Disponível em <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/8393/1/Celio%20PDF.pdf>>. Acesso em 17 abr 2017.

SILVA, E.A. da; ZUGMAN, D.K.; MOURA, Y.G. de. **Vulnerabilidades, resiliência e redes – Uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

SILVA, G.G. da. et al. Percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento em comunidade terapêutica. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 3, 2013. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33558/21056>>. Acesso em 17 jan 2017.

SILVA, P.; SILVA, M.; LUZ, G. Interações protetoras em famílias de alcoolistas: bases para o trabalho de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, 2012. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4043>>. Acesso em 25 jul 2016.

SILVA, P.A. da; SILVA, M.R.S. da; VAZ, M.R.C. Características pessoais de filhos de alcoolistas: um estudo na perspectiva da resiliência. **Av.enferm.**, Bogotá , v. 31, n. 2, 2013. p. 92-100. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 fev 2017.

SILVA, R.A.R. da et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016.

SIMON, J.B.; MURPHY, J.J.; SMITH, S.M. Understanding and fostering family resilience. **The family journal: counseling and therapy for couples and families**, v. 13, n. 4, 2005. Disponível em <<http://tfj.sagepub.com/content/13/4/427.short>>. Acesso em 16 jul 2016.

SIQUEIRA, D.F de et al. Social reintegration of crack addicts: actions taken by the family. **Texto contexto - enferm.**, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200548&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jan 2017.

SNYDER, C.R.; LOPEZ, S.J. **Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas.** (R.C. Costa trad.). Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOCOL, K.L.S. et al. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. **Cogitare enferm.**, v. 19, n. 1, 2014 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2017.

SORATTO, M.T. et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, 2016. Disponível em <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4284/2749>>. Acesso em 20 jan 2017.

SOUZA, V. de M. et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 5, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500791&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 jan 2017.

SROUFE, L.A.; RUTTER, M. The domain of developmental psychopathology. **Child Development**, v. 55, n. 1, 1984.

STANCATO, K. et al. Risk factors and protection in school and the prevalence of alcohol and tobacco use among brazilian and spanish students. **Rev enferm UFPE on line**, v. 4, n. 2, 2010. Disponível em <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6181>>. Acesso em 20 fev 2016.

STEWART, K.D. Factors Contributing to Engagement During the Initial Stages of Treatment for Psychosis. **Qualitative Health Research**, v. 23, n. 3, 2012. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732312468337>>. Acesso em 10 jan 2017.

SUPERA. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 68 p. (coordenação da 6. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

TABOADA, N.G. et al. Resiliência: em busca de um conceito. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 16, n. 3, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 jan 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. **World Drug Report 2016**. (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7). Disponível em:

<http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf>.

Acesso em 21 jan 2016.

VALDEZ, C.R.; ABEGGLEN, J.; HAUSER, C.T. Fortalezas Familiares Program: building sociocultural and family strengths in Latina Women with depression and their families. **Fam Proc**, v.52, 2013. P. 378–393. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/famp.12008/full>>. Acesso em 06 fev 2017.

VARGENS, O. M. C. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares de pessoas próximas, na Cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, spec, 2009. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4090>>. Acesso em 20 fev 2016.

VASCONCELOS, A.C.M. et al. Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 19, n. 4, 2015.SROUFER, L.A.;

WALSH, F. Family Resilience: a framework for clinical practice. **Fam Process**, v. 42, n. 1, 2003. Disponível em <http://www.celf.ucla.edu/2010_conference_articles/Walsh_2003.pdf>. Acesso em 17 jan 2017.

WALSH, F. Family resilience: strengths forged through adversity. In: WALSH, F. **Normal family processes**. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012.p.399-427.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WALSH, F. **Processos normativos da família: diversidade e complexidade**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WEBER, L.N.D. et al. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a05v17n3.pdf>>. Acesso em 16 jul 2016.

WERNER E.E.; SMITH, R.S. **Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood**. Ithaca/London: Cornell University Press, 1992.

WERNER, E.E.; SMITH, R.S. **Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth**. New York: Adams-Banaster-Cox, 1989.

WHO. Neurociência de consumo e dependência a substância psicoativa:resumo. Organização Mundial da Saúde. Genebra. 2004. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf. Acesso em 06 fev 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf. Acesso em 12 jul 2015.

WRIGHT, L.M.; BELL, J.M. **Beliefs and illness: A model for healing**. 1st ed. Alberta: 4th Floor Press; 2009.

WRIGHT, LM; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.

YUNES, M.A.M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. Estud**, v. 8, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000300010>>. Acesso em 26 dez 2016.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. O estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”: caso de resiliência familiar? **Revista Psicodebate, Psicologia, Cultura y Sociedad**, v. 7, 2008. Disponível em: <<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2008.pdf>>. Acesso em 16 jul 2016.

ZANATTA, A.B.; GARHETTI, F.C.; LUCCA, S.R. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2012. Disponível em <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/248>>. Acesso em 22 jan 2017.

ZAUSZNIIEWSKI, J.A. et al. Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness. **Psychiatr Clin North Am**, v. 38, n. 1, 2015. Disponível em <http://ac.els-cdn.com/S0193953X14001063/1-s2.0-S0193953X14001063-main.pdf?_tid=b2396652-63d3-11e6-84e7-00000aab0f01&acdnat=1471367336_f89a63709804a560976977a9d435068c>. Acesso em 25 jul 2016.

ZERBETTO, S.R. et al. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 jan 2017.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1. Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: Processos de enfrentamento e resiliência familiar: percepção da família de usuários de álcool, *crack* e outras drogas.
2. Você foi escolhido(a) por ser membro familiar de usuários de *crack*, álcool e outras drogas que fazem tratamento no Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e outras drogas (CAPS ad). Sua participação não é obrigatória.
3. O objetivo geral desta pesquisa consiste em interpretar os processos de resiliência reconhecidos pelos membros familiares resilientes dos usuários e usuárias de drogas.
4. Como benefício, sua participação contribuirá com evidências vinculadas à vivência destes familiares diante da problemática de álcool e outras drogas. Desta forma estará contribuindo na produção de conhecimento desta temática.
5. Sua participação nesta pesquisa será em responder às perguntas da entrevista e elaboração do genograma/ecograma. A entrevista será gravada com uso de gravador e haverá constituição de desenhos da sua família.
6. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar sua participação.
7. Se você não quiser participar, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, Universidade Federal de São Carlos ou serviço de saúde.
8. Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou desconforto para você. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como: você se sentir ansioso (a) e constrangido (a) diante das perguntas da entrevista gravada, ou mesmo preocupado (a) com a garantia do sigilo. Você poderá se sentir sensibilizada emocionalmente. Quanto à ansiedade e constrangimento, as entrevistas serão realizadas em local privativo, de preferência no seu domicílio ou na unidade de saúde, de maneira empática e respeitosa. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome não será divulgado. Quanto à sensibilização emocional, a pesquisadora poderá proporcionar um espaço de escuta terapêutica e/ou encaminhá-la(o) para acompanhamento psicológico em serviço de saúde.
9. Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento estaremos à sua disponibilidade para esclarecimentos com relação à pesquisa.
10. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em Congressos da área e publicados em revista científica, garantindo-se sempre o sigilo dos participantes.
11. Você receberá uma via assinada deste termo onde constam o telefone e o endereço das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

 Bianca Oliveira Ruiz
 Aluna de Pós-Graduação em Enfermagem UFSCar Rodovia Washington Luís, Km 235
 Telefone para contato: (16) 99794-3420

 Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto
 Monjolinho – São Carlos – SP-CEP 13565-905
 Departamento de Enfermagem
 Telefone (16) 3351- 9447

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e Data: _____

 Participante da Pesquisa

APÊNDICE B - CATEGORIAS E TEMAS EMERGENTES DA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA 1

Categorias	Temas	Falas
<p>Padrão organizacional:</p> <p>1. A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social</p>	<p>1. Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada:</p> <p>*modificar rotinas diárias para ajudar no tratamento</p> <p>*promover momentos de lazer</p> <p>*dar apoio financeiro</p>	<p>“Eu fui ontem só, no Amor Exigente, ne? Fui com a esposa dele porque, como ela tá trabalhando, ela vai precisar frequentar as reuniões a noite. Então nós fomos lá, mas normalmente nós estamos vindo no CAPS, desde quando ele se internou.” E1F1-I(595)</p> <p>“Chamar pra comer uma pizza em casa, conversar mais, não deixa-lo sozinho, para evitar que ele volte.” E1F1-C(654)</p> <p>“É, dificuldade, é assim, oh... pra você manter alguém na clínica, não é barato. Então tem essa questão. Aí, o que acontece? A esposa ficou meio que na mão. Ela tem, trabalho ela tem, mas ela tá sozinha, então ela teve que arrumar um outro trabalho pra agregar esse, conciliar, colocar a filha na escola o dia todo pra poder ter meio período de muito trabalho e conciliar com o banho e tosa e agente dando suporte, tanto na medida do possível psicológico, quanto financeiro, entendeu? Agora está se normalizando, então a gente teve essa dificuldade.” E1F1-I(890)</p> <p>“Então levei ela, tá? No apartamento da irmã pra que ela falasse um pouco, desabafasse um pouco. Talvez ela quisesse falar algo com a irmã quem ela é muito, sempre foi apegada ne? Sempre teve liberdade de falar, talvez algo que não falasse pra mim, falasse pra irmã. Foi onde ela melhorou, ficou melhor depois, acabou desabafando, chorou, falou tudo. Passou. Mas tá</p>

	*dar apoio emocional e conselhos	sendo difícil, muito difícil pra eles.” E1F1-C(853)
	<p>2. Busca de suporte e apoio extrafamiliar:</p> <p>Recursos da Comunidade:</p> <p>* clínica de reabilitação para internação</p> <p>*Apoio informacional e emocional do CAPS ad</p>	<p>“Então nós procuramos uma clínica de reabilitação e ele foi internado.” E1F1-I(332)</p> <p>“E enquanto a gente não aprende isso, a gente acha que a pessoa é sem vergonha. E na verdade não é. É uma dependência mesmo, a pessoa não vê nada e realmente mexe até um pouco com a mente... mentalidade da pessoa. (...) A gente só passa a entender isso porque a gente vem nas reuniões do CAPS. Então eles mostram o que é a dependência química. Não é um viciado, sem vergonha. Não. É um cara que tá doente. É um cara que tá doente e que vai ter que ter um acompanhamento pro resto da vida. Todos. Alcoólatra porque a gente pensa que o álcool é uma droga que não mata. O álcool é a droga que mais mata porque é lícita ainda, é mais fácil né? Mas é complicado.” E1F1-I(247 e 812)</p> <p>“Porque nós viemos na reunião com a [psicóloga do CAPS-ad] e com o [psicólogo do CAPS-ad] e são muitas... muitos assuntos esclarecidos, que realmente... principalmente a esposa ne? Que fica muito fragilizada. Eu acho que tá ajudando bastante. E a gente vai uma vez por mês na reunião com a psicóloga da clínica também. (...) E a gente também teve toda orientação daqui do CAPS, dos psicólogos daqui, de como agir, do que pode ou não ser falado lá. (...)e a gente a princípio, como ele falou, a gente veio por essa</p>

		<p>questão, mas a gente conversando com o psicólogo, expondo o que é uma dependência química, você aprende a lidar e aprende a entender o porquê” E1F1-I(348 e 381 e 1030) “O CAPS tem ajudado no sentido de como lidar com a situação.” E1F1-C(564)</p>
--	--	--

<p>Sistema de crenças</p> <p>A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família</p>	<p>1. A família luta e não desiste</p>	<p>“É assim, dá realmente um sentimento de angústia, só que não tem outra saída, a não ser você colocar na sua mente um pensamento positivo e falar “ele tá lá pra melhorar porque ele poderia estar preso numa cadeia ao invés de estar lá... ele está lá pra melhorar”. E acreditar, a gente tem a esperança, a gente faz bastante oração e tem a esperança que ele vai cair em si, que ele não vai aprontar isso novamente. E isso faz a gente ter forças, entendeu? E um dá força pro outro.[...] Fé e vontade... e esperança que vai tudo dar certo, vai dar tudo certo. Sabe acreditar? Acreditar que tudo que tá sendo feito vai ter um retorno .” E1F1-I</p>
---	--	--

Fonte:Produção da própria pesquisadora

APÊNDICE C - CATEGORIAS E TEMAS EMERGENTES DA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA 2

Categorias	Temas	Falas
<p>Padrão organizacional:</p> <p>1. A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social</p>	<p>1. Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada:</p> <p>*modificar rotinas diárias para ajudar no tratamento</p> <p>*união e conexão familiar (fortalecer vínculos, amor)</p>	<p>“Então nós abrimos mão de tudo... Que eu abri mão de outro salário, de outro emprego que eu tinha... Pra eu me dedicar exclusivamente ao tratamento dela... Que nós fechamos com ela.” E1F2-P(733)</p> <p>“(...) apesar de todo o descontrole do horário que cada um tem, nos momentos que tem a gente tá tentando se reunir... Se reunir da forma que cada um tem o tempo... Porque queira ou não queira o maior inimigo da gente hoje é o tempo, né... Porque não tem mais como... Mas a gente tá tentando conversar entre família, ver se a gente chega mais perto da gente.” E1F2-P(886)</p> <p>Ah, é o amor à pessoa, né... É o amor próprio de família, que apesar da dificuldade a gente não vai jogar, não vai deixar morrer... A gente tá lidando com um ser humano, né[...] No nosso caso é o amor que a gente sente pela [nome da dependente química]E1F2-P(1096)</p>

	<p>2. Suporte e apoio extrafamiliar:</p> <p>Recursos da Comunidade: *Grupos de mútua ajuda</p> <p>*Apoio informacional e emocional do CAPS ad</p>	<p>“A gente vai começar no Amor Exigente também, eu e ela, e ela tá louca pra ir no NA .” E1F2-P(1032)</p> <p>“(…) porque o grupo de família, ele tá aberto pra quem quiser vir, mas pra nós era mais por causa da visita. E eles prepararem a gente pelo que a gente ia encontrar lá, certo, de uma forma foi muito válido. (...)quando nós tivemos que vir pra cá que a gente teve o suporte que a gente precisava, que a gente teve as informações que a gente precisava, a gente chegava eufórico, a outra abaixava, colocava a gente no (nijo), preparando e foi tudo do jeito que eles prepararam a gente. Até o retorno da Gabriela foi preparado... E não é nada surpresa do que está acontecendo. Da forma que ela falou do desespero, que ela quis voltar pra trás... Eu acho que se a gente não tivesse sido preparado, a gente não ia nem saber conversar com ela. A gente pretende, na medida do possível, que a gente vai ter que policiar a vida dela, vai ter que fiscalizar, na medida do possível a gente vai continuar os grupos de família, pra gente aprender mais. (...) E tem coisa que a gente pode falar no grupo de família, tem coisa que a gente se reserva o direito de procurar outro apoio, né.” E1F2-P(498 e 509 e 551)</p> <p>“O suporte que o CAPS deu, o jeito que eles ensinaram a gente a lidar com a situação, entendeu? Então quando a gente tem uma dúvida a gente corre aqui, “tá acontecendo isso, tá acontecendo aquilo, como eu vou agir...” Sabe, a gente aprendeu tudo aqui, desde a primeira visita, como que a gente ia se comportar na clínica, como que a gente ia se comportar quando ela voltasse, então tudo, a gente aprendeu aqui.” E1F2-M(1140)</p> <p>... Fora da família que realmente tá ajudando a gente é o</p>
--	---	--

<p>Comunicação</p> <p>A resiliência familiar envolve a comunicação assertiva</p>	<p>Dialogar e ser paciente</p>	<p>“Um pouco do diálogo, que antigamente quase não tinha. (...) Entre eu e ele.” E1F2-M(821)</p> <p>“E a paciência de um com o outro, né. A paciência de um com o outro... Porque não é só um, né, tem mais três pra pensar... A gente vê que se você agrada um, você tá desagradando o outro... Você tem que somar e dividir.” E1F2-P(826)</p>
--	--------------------------------	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

	<p>*dar apoio emocional e conselhos</p>	<p>“Emocional. Um apoia o outro nessa parte emocional. A gente sempre tá do lado... na dificuldade, a gente conversa muito. “Aí meu cunhado começou a falar, conversar com ele, aí ele falou do meu filho, né? Porque é uma situação difícil você falar, não é? Aí a gente é de família, a gente se sente mais à vontade pra falar, né? Aí você fica... você sente segurança em falar pra um irmão ou com uma pessoa mais chegada da gente, né? É difícil se abrir com uma pessoa de fora, você não fala, né? A família sabe. Acompanhou. Então a gente fica mais à vontade, assim. Eles ajudam. A gente fala, eles aconselham, né? A gente fala... ‘não, tudo vai dar certo’. Dá aquele apoio pra gente, e tudo vai dar certo. A gente fica mais aliviado, né?Então assim que eles davam força pra gente. Falavam ‘vamos lutar, ele é um menino bom, é um menino inteligente’. Eles sempre jogavam pra cima, né? Pra cima a gente. ‘Não, ele vai sair dessa’. Falam até hoje ‘ele vai sair, ele vai recuperar’. Então assim que a gente sente a família, nesse apoio.” EIF3-M</p>
	<p>2. Busca de suporte e apoio extrafamiliar:</p> <p>Recursos da Comunidade: * clínica de reabilitação para internação</p>	<p>“Aqui ele não acompanhou não. Ele internou direto numa clínica. Eu vim aqui pra conversar, né? Marquei até com o</p>

	<p>*Apoio informacional e emocional do CAPS ad</p>	<p>psicólogo pra ele, mas a gente achou que ia demorar um pouco e ele precisava ser internado rápido. A gente foi em Descalvado e internaram rápido. Ele nem chegou a vir aqui. Quem frequenta aqui é eu e ele [pai do dependente]. A gente que vem.” E1F3-M(38)</p> <p>“A gente ficou... agora a gente começou a acompanhar aqui, aí a gente começou a ver, a gente saiu assim, bem mais tranquilo. Até a moça ali falou pra gente ‘nossa, vocês mudaram, até o semblante’. Aí a gente conseguiu internar, né? E ele tá muito bem lá. A gente foi, a gente já fez a primeira visita. Agora já é a segunda, né? Ele falou ‘não, eu precisava desse tratamento’. Ele tá reagindo bem, né? Então a gente tá assim, mais tranquilo agora. [...] Agora, no momento, nós achamos o maior apoio... foi aqui. Que a gente começou a mudar totalmente o que a gente pensava, que a gente era leigo em todo assunto sobre droga, essas coisas. A gente nunca viveu essa história. (...) É, a gente nunca tinha passado por isso. Então aqui a gente começou a trabalhar o grupo de família. (...) É, em primeiro lugar aqui, o apoio né, que a gente tá tendo né, no CAPS .[...] O CAPS é porque a gente precisava... nós ficamos totalmente perdidos. A gente não sabia por onde começar. E aqui a gente sentiu apoio, nós sentimos... tranquilizou a gente, a gente acompanha e tá sendo muito bom.” E1F3-M(153)</p>
<p>Sistema de crenças</p> <p>A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família</p>	<p>2. A família luta e não desiste</p>	<p>Que a gente tem que lutar, não pode desistir, né? A gente tem que ir até o final, como eles falam [...]A gente fala... tem caso bem mais grave né? Então a gente tem aquele apoio, sente aquela força de lutar, não desistir ne?” E1F3-M(1835 e 1852 e 1875)</p>

	<p>3. A família tem fé, confiança e esperança</p> <p>3. A fé em Deus e a oração dão forças à família</p> <p>*força que vem de Deus</p>	<p>Pra gente lutar, né, contra isso, né. Antes a gente só ouvia falar, né, então aqui [grupo de família] a gente sente essa força maior pra gente lutar né, contra isso, né. Não deixar se abater, né. Que a gente vê muitas pessoas ficam lá no fundo do poço né.” E1F3-P(1854)</p> <p>“(…) Esperando que ele saia de lá e tudo dê certo, né? Vai recomeçar tudo de novo, né? [...] Então, tudo vai dar certo que a gente acha que quando ele sair de lá, vai ser tudo diferente. A gente fica assim, se sentindo assim, esperando né? Essa esperança a gente tem, né? (...) Esperança que não vai mais usar droga. (...) Que vai voltar a trabalhar, estudar, né?” E1F3-M(1357)</p> <p>“É. A gente tem essa esperança. Esperança de que tudo vai dar certo. Que não vai mais usar droga também, né.” E1F3-P</p> <p>“É isso que a gente quer né? Espera em Deus né? (...) Põe Deus né? Vai depender muito dele também, né? Sair de lá ne? Porque esse depoimento que a gente ta vendo, né? Sair de lá... a gente mesmo presenciou né? Tem uma mulher que tava tratando aqui, né? E ela falou né? Que saiu de lá, falou que não ia usar mais, que ia recuperar o tempo perdido, né? Então a gente espera Deus que ele também faça isso, né? Então é isso aí.” E1F3-P(1368)</p> <p>“Eu acho que se não fosse Ele, a gente não teria força de estar aqui hoje né? Às vezes até falando, porque é muito difícil. Pra nós foi muito difícil. E a gente põe o joelho no chão e reza, e pede e ora e faz, né? Pra Deus ajudar, pra Deus pôr a mão, que tudo mude, né? Que mude a cabeça</p>
--	--	---

	<p>*Força que vem da oração</p>	<p>dele, né? Que ele veja que tem um pai e uma mãe do lado, né? Porque no dia que vieram buscar ele pra internar, 6 horas da manhã, aí a clínica lá de [nome de uma cidade do interior paulista] falou ‘ah, amanhã não vai porque é muito duro pra uma mãe ver’. Porque ele não sabia que ia ser internado. Aí ele ia sozinho, eu falei ‘não, eu vou junto’, eu falei ‘eu sei que é duro, mas eu vou’. Aí a gente entrou, acordou ele né? Aí já entraram junto pra levar ele, aí foi muito difícil. Eu falei ‘eu acho que não vou aguentar’, mas eu aguntei. Eu pedi a Deus o tempo inteiro pra me dar força.” E1F3-M(1385)</p> <p>A gente se apegou muito à religião, a gente faz oração. (...) Então ajudou, deu bastante força também. (...)A oração traz... a palavra que a gente sente né? Quando você lê a bíblia, você abre, Às vezes fala alguma coisa, você fala ‘nossa, tá falando pra mim’. Às vezes mesmo na igreja né, fala alguma coisa. Fala ‘nossa, tá falando pra mim a palavra né? Então é isso que a gente sente força, se apegam aí. (...) Muita paz a gente sente. A gente sente que não tá sozinho né? Deus tá olhando pela gente né? (...) Fazemos juntos e fazemos separados também. (...) Eu acordo de madrugada às vezes. Eu perco o sono, eu faço oração. Começo a fazer oração. Isso é 2 ou 3 horas da manhã, se eu acordar. Daí a gente faz e sente um alívio, uma paz bem grande. (...)E1F3-M</p>
--	---------------------------------	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

APÊNDICE E - CATEGORIAS E TEMAS EMERGENTES DA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA 4

Categorias	Temas	Falas
<p>Padrão organizacional:</p> <p>1. A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social</p>	<p>2. Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada:</p> <p>*promover momentos de lazer</p> <p>*dar apoio emocional e conselhos</p>	<p>“A gente sai, quando eles [filha e genro] vão viajar eles chamam a gente pra ir junto, né, e a gente vai com eles, vai pra [nome de uma cidade do interior paulista],vai pra , nós viaja muito assim com eles E1F4-M</p> <p>Nosso socorro também no momento tem sido minha filha né? Porque a gente vê que não tem outra saída, não tem pra onde ir, a gente corre pra casa da [nome da filha mais velha]. . A gente busca apoio da minha filha. A gente sabe que ela é muito carinhosa, muito amorosa com a gente, então a gente busca apoio nela, a gente sente forte assim, por estar perto dela. (...)Apoio emocional, emocional. E1F4-M</p>
	<p>2. Busca de suporte e apoio extrafamiliar:</p> <p>*Apoio informacional e emocional do CAPS ad</p>	<p>Então, primeiro o CAPS-ad aqui, né? Que eles me ajudam muito, o grupo de família tem me ajudado muito. [...]Jeu gosto de participar que aqui cada um conta assim, o problema deles, sabe? Se abre, como lá também fala, o que a gente fala, lá fica, né? [...]A gente, a gente aprendeu, aprende muita coisa, como lidar com ele [...]quando a gente vem no grupo de família, a gente sai daqui renovada, se sente muito melhor sabe, a gente se sente força pra continuar enfrentando o, a pessoa, o doente (...) então eu me sinto assim forte, fortalecida pra poder enfrentar ele em casa [...] eu saio daqui mais tranquila, mais calma, sabe, e as pessoas elas deixam a gente falar E1F4-M(1571)</p>

<p>Sistema de crenças</p> <p>A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família</p>	<p>4. A família luta e não desiste</p> <p>*força que vem de Deus</p> <p>*Força que vem da oração</p>	<p>Eu acho, sinceramente, acho que a gente ta enfrentando essa situação ainda porque é a fé em Deus mesmo, que nós pede muito a proteção divina mesmo pra gente [...]eu sou da legião de Maria, faço visitas pras pessoas enfermas, idoso, a gente faz visita né eu e mais pessoas, mais assim que eu falo eu acho que ta pedindo força pra gente continuar ainda, pra gente ta se apoiando mais , nós tem os nossos filhos, como ele falou, nossos netos, que uma benção na nossas vida também né, mas no que a gente se apoia mais é em Deus , é Deus que ta dando força pra nós assim, não é fácil não.” E1F4-M(2235)</p> <p>Ah! Eu me sinto em paz... É o único jeito de buscar paz pra nós é essa, quando eu faço minhas oração, ou né, os meus terços,vou na missa, assisto a missa, vou lá louvar a Deus tudo [...]Minhas preces tão sendo atendida, o meu filho ta sendo protegido, ele ta voltando pra casa... quer dizer, Deus ta livrando ele. (...)mas na hora que eu to nervosa eu procuro fazer minhas oração em pensamento, onde que que eu vou aliviando, vai acalmando sabe? E1F4-M</p> <p>“Às vezes a gente pensa, ah! Não vou mais rezar, não vamos orar mais, mas quando a gente entra no quarto não tem jeito, a gente senta na cama, a gente gosta de ficar sentado, já pega o livrinho de oração, fica rezando, parece que já vai, parece que já vai as coisa melhora que vem na cabeça da gente, então a gente vai se sentindo melhor .E1F4-P</p>
<p>Comunicação</p> <p>A resiliência familiar envolve a comunicação assertiva</p>	<p>Monitorar o tom de voz</p>	<p>“Ele é um exemplo dentro de casa, nunca me falta nada, né? Tenho sempre o apoio dele [esposo?] em tudo, então nossa... só que às vezes eu fico meio nervosa né? E às vezes, falo assim... casal de vez em quando sai alguma coisa assim, até porque nós andamos muito estressados, tanto eu como ele, muito nervoso que a gente passa com o [nome do dependente químico]. Tem hora que eu estou muito nervosa assim, às vezes eu falo um pouquinho alto com ele, ele fica nervoso, fala alto comigo, é assim também, é coisa assim. Aí eu falo ‘nós estamos gritando um com o outro’. Falei ‘não pode’, falei pra ele ‘não pode’. Aí a</p>

		gente volta ao normal de novo. Coisa assim... a gente procura se corrigir(...)não fica de cara virada pro outro, não fica de briga, de mal um com o outro, nós estamos sempre assim, um se apoiando no outro.” E1F4-M(1653, 1672)
--	--	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

APÊNDICE F - CATEGORIAS E TEMAS EMERGENTES DA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA 5

Categorias	Temas	Falas
<p>Padrão organizacional:</p> <p>1. A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social</p>	<p>1. Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada:</p> <p>*união e conexão familiar (fortalecer vínculos, amor)</p> <p> </p> <p>*amor</p> <p> </p> <p>*promover momentos de lazer</p>	<p>A gente era pouco de dialogar, de estar presente, agora a gente tá mais presente, mais junto (...) Procuramos nos unir mais... (...)A gente percebeu que precisava de mais união pra superar isso, sabe, e acreditar na força pra superar e pra seguir em frente e forte. E olhamos pra trás e vimos que a gente tava bastante desunidos, longe um do outro, o diálogo era pouco. (...)nós temos nos sentindo, assim, bem melhor, porque a união, como diz aquele ditado que a união faz a força, então a gente se unindo se sente mais forte pra enfrentar, entendeu... É bem assim.” E1F5-P</p> <p>E a gente se apoia um no outro pra ter força também, né? A união da família... Ele me apoia, eu apoio ele... Às vezes, a gente se irrita um com o outro, depois a gente conversa, deixa passar, que o problema não é, às vezes, a gente, né, é um problema maior, a gente tem que ajudar... É a união...” E1F5-M</p> <p>“E o amor, né? Que a gente tem com a família, pelo filho, o amor que tem um com o outro... A gente tem que ter amor também, porque se não, não dá.” E1F5-M</p> <p>“Procuro fazer reuniãozinha sempre aqui em casa, ficar aqui, entendeu? Fazer churrasquinho, que ele gosta, sabe? A turma vem, conversa, e fica. Então é assim, eu fico até altas horas com ele assistindo filme, coisa que ele gosta, mas a gente apaga, né, levanta cedo... “Ah, vamos assistir esse filme?”, “Vamos”, assim, né, pra ficar mais em casa, fazendo companhia. Até jogo eu tenho assistido, que eu detesto.” E1F5-M</p>

	<p>2. Busca de suporte e apoio extrafamiliar:</p> <p>Recursos da Comunidade: * clínica de reabilitação para internação</p> <p>*Apoio emocional de amigos</p>	<p>“Aí nós começamos a correr atrás do CAPS, do médico, virou um transtorno... Até que ele, nós fomos lá, e a [nome da psiquiatra do CAPS ad] conseguiu internação pra ele, porque não tinha como mais.” E1F5-M</p> <p>“A gente busca força [...] nas pessoas que estão ali junto com a gente sempre dando apoio, sempre tem uma palavra que uma pessoa fala, já te põe ali em cima, né, ajuda, porque se você pega sozinho, você cai ali embaixo. Então você vê as pessoas que gostam de você e que querem te ajudar, sabe, pessoas que você nunca imaginava, a pessoa tá ali do seu lado. (...)Ah, assim, palavra amiga, sabe, uma palavra de conforto, tá ali sempre junto te perguntando como que tá... Com companhia nas horas que a gente tá precisando, né? Porque é difícil você ficar ali sozinho, né? Então quando a pessoa te dá uma força, te dá um abraço, te dá uma palavra amiga, te conforta um pouco, te conforta, não é assim, né, isso te ajuda. E vem te dar aquele apoio, uma palavra amiga, um abraço... Não precisa falar nada, se dá um abraço já te conforta, às vezes, num momento da sua vida que você tá precisando, entendeu?” E1F5-M</p>
<p>Sistema de crenças</p> <p>A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família</p>	<p>5. A família luta e não desiste</p> <p>*ter fé em Deus</p>	<p>“Tem que ter fé, né, porque se não, a gente não aguenta. Parece que a gente vai criando força na vida cada dia mais, e vai levando.” A gente não pode perder a fé, não pode perder a esperança, não pode perder o amor, não pode perder a paciência, tem que estar sempre ali...” E1F5-M</p> <p>“Quando a gente tem fé, fala de Deus, e tem fé, a gente transforma isso em energia, energias positivas... Pra gente seguir em frente. (...) Porque a gente provou isso, que se você tiver fé, você consegue... Deus atende você. (...)Fé em Deus, fé no Criador... A gente tá aqui porque Ele quis... (...)Da saúde, energia, que faz a gente conquistar as coisas, né, faz a gente ter calma para resolver determinados fatos... Ter calma e ter esperança que amanhã é um outro dia... De</p>

	<p>6. As práticas religiosas fortalecem a família</p> <p>*força que vem de Deus</p>	<p>repente ela se torna um grande espelho, né?” E1F5-P</p> <p>“Sim porque a gente tava também muito distante de Deus e aquilo que a gente busca para fortalecer, que Deus que fortalece né, então a gente tava distante. É o que a gente vive de fortaleza, não desanimar, acreditar que Deus tá do lado da gente, e que a gente pode tudo, né, que a gente pode tudo, a gente pode ajudar o amigo, pode ajudar quem você puder ajudar... Você ajuda com alegria, você tá sempre alegre quando você está com Deus, né, essa fortaleza. (...)Deus tá sempre presente com a gente é o que nos fortalece pra gente ir enfrentando e buscando sabedoria como forma, buscando fórmulas para ter a calma para seguir os dias, passo a passo, pra esquecer o ocorrido e seguir em frente em busca de melhor, em busca de uma estabilidade. E tomando só o que passou como, tipo assim, experiências da vida, experiências...” E1F5-P</p> <p>“A oração tá para fortalecer e pedir mais ajuda para gente estar firme para seguir em frente para esse fato né.” E1F5-P</p>
<p>Comunicação</p> <p>A resiliência familiar envolve a comunicação assertiva</p>	<p>*Força que vem da oração</p> <p>Dialogar e ser paciente</p>	<p>“Paciência... A paciência é um combustível muito grande pra união. Quem não tem paciência não tem... Não segue em frente. A paciência faz você dar um tempo pra você analisar o fato... Se tudo for explodindo de imediato você não tem, você não tem paciência, aí você não tem tempo pra analisar o fato: se eu tô certo, se eu tô errado, se eu devo tolerar, se ela não tolerou, mas eu vou perdoar, mais tarde a gente fala sobre isso... Então paciência é um fato muito importante...” E1F5-P</p> <p>“Porque a gente consegue dialogar, consegue conversar. Se um altera o outro já fala pra abaixar a bola, vamos</p>

	Manter a calma	conversar, falar do assunto, buscar uma forma pra resolver esse assunto, a pessoa sugere a formula e o outro analisa e acata. É impor uma conversa mais esticada, com calma, com dialogo mais tranquilo. Mãe fica mais brava e logo no inicio já altera e o pai não, pai já vai com outras palavras, mais com calma, buscando explicações mais aprofundadas sem se deixar alterar. Porque quando um altera o outro se sente também agredido e ele também altera. Então isso, tanto eu quanto ela, a gente busca essa forma de dialogar.” E1F5-P
--	----------------	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

APÊNDICE G – CATEGORIAS GERAIS E SEUS RESPECTIVOS TEMAS

Categorias	Temas	Falas
<p>Padrão organizacional: 1. A resiliência familiar envolve a mobilização da família na busca de apoio e suporte social</p>	<p>1. Busca de suporte e apoio intrafamiliar e família ampliada:</p> <p>*modificar rotinas diárias para ajudar no tratamento</p> <p>*união e conexão familiar (fortalecer vínculos, amor)</p>	<p>“Eu fui ontem só, no Amor Exigente, ne? Fui com a esposa dele porque, como ela tá trabalhando, ela vai precisar frequentar as reuniões a noite. Então nós fomos lá, mas normalmente nós estamos vindo no CAPS, desde quando ele se internou.” E1F1-I(595)</p> <p>“Então nós abrimos mão de tudo... Que eu abri mão de outro salário, de outro emprego que eu tinha... Pra eu me dedicar exclusivamente ao tratamento dela... Que nós fechamos com ela.” E1F2-P(733)</p> <p>“Ah... a gente é super unido. (...) E a gente tá junto até hoje. Risos. E a gente se apega muito, se apoia muito um no outro. (...) Assim, agora na hora da dificuldade, então nós ficamos muito mais unidos do que a gente já era. A gente se uniu mais. A gente ficou, não sei se é porque é nós dois, sente falta do filho, né? ” E1F3-M(1244 e 1263)</p> <p>“(…) apesar de todo o descontrole do horário que cada um tem, nos momentos que tem a gente tá tentando se reunir... Se reunir da forma que cada um tem o tempo... Porque queira ou não queira o maior inimigo da gente hoje é o tempo, né... Porque não tem mais como... Mas a gente tá tentando conversar entre família, ver se a gente chega mais perto da gente.” E1F2-P(886)</p> <p>“Nós somos muito unidos. Ele fez aniversário quarta-feira, dia 21 agora, aí nós chamamos só os irmãos que moram com ele, que a gente ia fazer uma janta, né? Aí começou a chegar todo mundo,</p>

		<p>os primos dele... tinha 32 pessoas. A família é bem assim, sabe? Bem unida. Aí eles vão... um vai convidando o outro, quando você vê, chega todo mundo. A gente já sabe, a gente já faz bastante coisa, né? Que eles vem todos. Eles são muito assim... A gente ainda tem a sorte, agora passando essa dificuldade, ter família boa, né? Do meu lado também.” E1F3-M(1099)</p> <p>Ah, é o amor à pessoa, né... É o amor próprio de família, que apesar da dificuldade a gente não vai jogar, não vai deixar morrer... A gente tá lidando com um ser humano, né[...] No nosso caso é o amor que a gente sente pela [nome da dependente química]E1F2-P(1096)</p> <p>A gente era pouco de dialogar, de estar presente, agora a gente tá mais presente, mais junto (...)</p> <p>Procuramos nos unir mais... (...)A gente percebeu que precisava de mais união pra superar isso, sabe, e acreditar na força pra superar e pra seguir em frente e forte. E olhamos pra trás e vimos que a gente tava bastante desunidos, longe um do outro, o diálogo era pouco. (...)nós temos nos sentindo, assim, bem melhor, porque a união, como diz aquele ditado que a união faz a força, então a gente se unindo se sente mais forte pra enfrentar, entendeu... É bem assim.” E1F5-P</p> <p>E a gente se apoia um no outro pra ter força também, né? A união da família... Ele me apoia, eu apoio ele... Às vezes, a gente se irrita um com o outro, depois a gente conversa, deixa passar, que o problema não é, às vezes, a gente, né, é um problema maior, a gente tem que ajudar... É a união...” E1F5-M(</p> <p>“E o amor, né? Que a gente tem com a família, pelo filho, o amor que tem um com o outro... A</p>
--	--	---

	<p>*amor</p> <p>*promover momentos de lazer</p>	<p>gente tem que ter amor também, porque se não, não dá.” E1F5-M</p> <p>“Chamar pra comer uma pizza em casa, conversar mais, não deixa-lo sozinho, para evitar que ele volte.” E1F1-C(654)</p> <p>“Sai sempre junto, né, também. O que a gente vai fazer, quando dá a gente sai sempre junto. (...)Tem, nós faz bastante caminhada, né. Nós gosta. Nosso lazer, né? (...) Viajar também (...) Só com a família. (...) E1F3-P(1284)</p> <p>Às vezes a gente fala ‘vamos tomar um café da tarde junto’... o meu irmão, [nome do irmão], a gente pega, compra pão, depois vamos pra lá. (...) E ele também vem, ele passa. Então a gente é, entre irmão, muito unido. Esse momento de café da tarde, a gente esquece de tudo, né? A gente começa a rir, contar histórias, aí a gente relaxa. É igual aniversário dele também... todo mundo lá, a gente esqueceu um pouquinho né? A gente conversa, ri, conta piada, né? (...) Tanto a família minha quanto a família dele é igual. (...) Faz o café da tarde. A gente tem os mesmos costumes”. E1F3-M</p> <p>“A gente sai, quando eles [parentes?] vão viajar eles chamam a gente pra ir junto, né, e a gente vai com eles, vai pra [nome de uma cidade do interior paulista], vai pra , nós viaja muito assim com eles E1F4-M</p> <p>“Procuro fazer reuniãozinha sempre aqui em casa, ficar aqui, entendeu? Fazer churrasquinho, que ele gosta, sabe? A turma vem, conversa, e fica. Então é assim, eu fico até altas horas com ele assistindo filme, coisa que ele gosta, mas a gente apaga, né, levanta cedo... “Ah, vamos assistir esse filme?”,</p>
--	---	---

		<p>não fala, né? A família sabe. Acompanhou. Então a gente fica mais à vontade, assim. Eles ajudam. A gente fala, eles aconselham, né? A gente fala... 'não, tudo vai dar certo'. Dá aquele apoio pra gente, e tudo vai dar certo. A gente fica mais aliviado, né?Então assim que eles davam força pra gente. Falavam 'vamos lutar, ele é um menino bom, é um menino inteligente'. Eles sempre jogavam pra cima, né? Pra cima a gente. 'Não, ele vai sair dessa'. Falam até hoje 'ele vai sair, ele vai recuperar'. Então assim que a gente sente a família, nesse apoio." E1F3-M</p> <p>"Nosso socorro também no momento tem sido minha filha né? Porque a gente vê que não tem outra saída, não tem pra onde ir, a gente corre pra casa da [nome da filha mais velha]. . A gente busca apoio da minha filha. A gente sabe que ela é muito carinhosa, muito amorosa com a gente, então a gente busca apoio nela, a gente sente forte assim, por estar perto dela. (...)Apoio emocional, emocional." E1F4-M</p>
	<p>2. Busca de suporte e apoio extrafamiliar:</p> <p>Recursos da Comunidade:</p> <p>* clínica de reabilitação para internação</p>	<p>"Então nós procuramos uma clínica de reabilitação e ele foi internado." E1F1-I(332)</p> <p>"Aqui ele não acompanhou não. Ele internou direto numa clínica. Eu vim aqui pra conversar, né? Marquei até com o psicólogo pra ele, mas a gente achou que ia demorar um pouco e ele precisava ser internado rápido. A gente foi em Descalvado e internaram rápido. Ele nem chegou a vir aqui. Quem frequenta aqui é eu e ele [pai do dependente]. A gente que vem." E1F3-M(38)</p> <p>"Aí nós começamos a correr atrás do CAPS, do médico, virou um transtorno... Até que ele, nós fomos lá, e a [nome da psiquiatra do CAPS ad] conseguiu internação pra ele, porque não tinha como mais." E1F5-M</p>

	<p>*Grupos de mútua ajuda</p> <p>*Apoio informacional e emocional do CAPS ad (explorar o âmbito do aprendizado, tranquilidade e apoio do profissional psicólogo; grupo de família)</p>	<p>“A gente vai começar no Amor Exigente também, eu e ela, e ela tá louca pra ir no NA .” E1F2-P(1032)</p> <p>“E enquanto a gente não aprende isso, a gente acha que a pessoa é sem vergonha. E na verdade não é. É uma dependência mesmo, a pessoa não vê nada e realmente mexe até um pouco com a mente... mentalidade da pessoa. (...) A gente só passa a entender isso porque a gente vem nas reuniões do CAPS. Então eles mostram o que é a dependência química. Não é um viciado, sem vergonha. Não. É um cara que tá doente. É um cara que tá doente e que vai ter que ter um acompanhamento pro resto da vida. Todos. Alcoólatra porque a gente pensa que o álcool é uma droga que não mata. O álcool é a droga que mais mata porque é lícita ainda, é mais fácil né? Mas é complicado.” E1F1-I(247 e 812)</p> <p>“Porque nós viemos na reunião com a [psicóloga do CAPS-ad] e com o [psicólogo do CAPS-ad] e são muitas... muitos assuntos esclarecidos, que realmente... principalmente a esposa ne? Que fica muito fragilizada. Eu acho que tá ajudando bastante. E a gente vai uma vez por mês na reunião com a psicóloga da clínica também. (...) E a gente também teve toda orientação daqui do CAPS, dos psicólogos daqui, de como agir, do que pode ou não ser falado lá. (...)e a gente a princípio, como ele falou, a gente veio por essa questão, mas a gente conversando com o psicólogo, expondo o que é uma dependência química, você aprende a lidar e aprende a entender o porquê ” E1F1-I(348 e 381 e 1030)</p> <p>“O CAPS tem ajudado no sentido de como lidar</p>
--	--	--

		<p>com a situação.” E1F1-C(564)</p> <p>“(…) porque o grupo de família, ele tá aberto pra quem quiser vir, mas pra nós era mais por causa da visita. E eles prepararem a gente pelo que a gente ia encontrar lá, certo, de uma forma foi muito válido. (...)quando nós tivemos que vir pra cá que a gente teve o suporte que a gente precisava, que a gente teve as informações que a gente precisava, a gente chegava eufórico, a outra abaixava, colocava a gente no (nijo), preparando e foi tudo do jeito que eles prepararam a gente. Até o retorno da Gabriela foi preparado... E não é nada surpresa do que está acontecendo. Da forma que ela falou do desespero, que ela quis voltar pra trás... Eu acho que se a gente não tivesse sido preparado, a gente não ia nem saber conversar com ela. A gente pretende, na medida do possível, que a gente vai ter que policiar a vida dela, vai ter que fiscalizar, na medida do possível a gente vai continuar os grupos de família, pra gente aprender mais. (...) E tem coisa que a gente pode falar no grupo de família, tem coisa que a gente se reserva o direito de procurar outro apoio, né.” E1F2-P(498 e 509 e 551)</p> <p>“O suporte que o CAPS deu, o jeito que eles ensinaram a gente a lidar com a situação, entendeu? Então quando a gente tem uma dúvida a gente corre aqui, “tá acontecendo isso, tá acontecendo aquilo, como eu vou agir...” Sabe, a gente aprendeu tudo aqui, desde a primeira visita, como que a gente ia se comportar na clínica, como que a gente ia se comportar quando ela voltasse, então tudo, a gente aprendeu aqui.” E1F2-M(1140)</p> <p>“A gente ficou... agora a gente começou a acompanhar aqui, aí a gente começou a ver, a</p>
--	--	--

		<p>gente saiu assim, bem mais tranquilo. Até a moça ali falou pra gente ‘nossa, vocês mudaram, até o semblante’. Aí a gente conseguiu internar, né? E ele tá muito bem lá. A gente foi, a gente já fez a primeira visita. Agora já é a segunda, né? Ele falou ‘não, eu precisava desse tratamento’. Ele tá reagindo bem, né? Então a gente tá assim, mais tranquilo agora. [...] Agora, no momento, nós achamos o maior apoio... foi aqui. Que a gente começou a mudar totalmente o que a gente pensava, que a gente era leigo em todo assunto sobre droga, essas coisas. A gente nunca viveu essa história. (...) É, a gente nunca tinha passado por isso. Então aqui a gente começou a trabalhar o grupo de família. (...) É, em primeiro lugar aqui, o apoio né, que a gente tá tendo né, no CAPS. [...] O CAPS é porque a gente precisava... nós ficamos totalmente perdidos. A gente não sabia por onde começar. E aqui a gente sentiu apoio, nós sentimos... tranquilizou a gente, a gente acompanha e tá sendo muito bom.” E1F3-M(153)</p> <p>“Então, primeiro o CAPS-ad aqui, né? Que eles me ajudam muito, o grupo de família tem me ajudado muito. [...]Jeu gosto de participar que aqui cada um conta assim, o problema deles, sabe? Se abre, como lá também fala, o que a gente fala, lá fica, né? [...]A gente, a gente aprendeu, aprende muita coisa, como lidar com ele [...]quando a gente vem no grupo de família, a gente sai daqui renovada, se sente muito melhor sabe, a gente se sente força pra continuar enfrentando o, a pessoa, o doente (...) então eu me sinto assim forte, fortalecida pra poder enfrentar ele em casa [...] eu saio daqui mais tranquila, mais calma, sabe, e as pessoas elas deixam a gente falar.” E1F4-M(1571)</p>
--	--	---

	<p>*Apoio emocional de amigos</p>	<p>... Fora da família que realmente tá ajudando a gente é o Luís e a Micheli, que são membros da Legião de Maria... Agora eles começaram a fazer um trabalho de atenção e trabalho espiritual em casa. [...]E a gente tá se abrindo com eles ou quer que seja na reunião... Mas amigos mesmo assim são eles. [...] E pessoas que a gente nunca imaginava que estivesse do nosso lado, tá. (...) Mas a gente percebe que quem tá colaborando com a gente é quem esteve sempre por perto da gente mesmo. (...) Com palavras boas, com perspectiva de melhora, tentar passar tranquilidade pra gente. [...]E os amigos que a gente foi fazendo, né, as pessoas que se importaram com o nosso problema.” E1F2-P(772 e 786)</p> <p>“A gente busca força [...] nas pessoas que estão ali junto com a gente sempre dando apoio, sempre tem uma palavra que uma pessoa fala, já te põe ali em cima, né, ajuda, porque se você pega sozinho, você cai ali embaixo. Então você vê as pessoas que gostam de você e que querem te ajudar, sabe, pessoas que você nunca imaginava, a pessoa tá ali do seu lado. (...)Ah, assim, palavra amiga, sabe, uma palavra de conforto, tá ali sempre junto te perguntando como que tá... Com companhia nas horas que a gente tá precisando, né? Porque é difícil você ficar ali sozinho, né? Então quando a pessoa te dá uma força, te dá um abraço, te dá uma palavra amiga, te conforta um pouco, te conforta, não é assim, né, isso te ajuda. E vem te dar aquele apoio, uma palavra amiga, um abraço... Não precisa falar nada, se dá um abraço já te conforta, às vezes, num momento da sua vida que você tá precisando, entendeu?” E1F5-M</p>
Sistema de crenças	7. A família luta e não desiste	Que a gente tem que lutar, não pode desistir, né? A

<p>A resiliência familiar envolve perspectivas positivas que fortalecem a família</p>	<p>8. A família tem fé, confiança e esperança</p>	<p>gente tem que ir até o final, como eles falam [...]A gente fala... tem caso bem mais grave né? Então a gente tem aquele apoio, sente aquela força de lutar, não desistir né?" EIF3-M(1835 e 1852 e 1875)</p> <p>Pra gente lutar, né, contra isso, né. Antes a gente só ouvia falar, né, então aqui [grupo de família] a gente sente essa força maior pra gente lutar né, contra isso, né. Não deixar se abater, né. Que a gente vê muitas pessoas ficam lá no fundo do poço né." EIF3-P(1854)</p> <p>“É assim, dá realmente um sentimento de angústia, só que não tem outra saída, a não ser você colocar na sua mente um pensamento positivo e falar “ele tá lá pra melhorar porque ele poderia estar preso numa cadeia ao invés de estar lá... ele está lá pra melhorar”. E acreditar, a gente tem a esperança, a gente faz bastante oração e tem a esperança que ele vai cair em si, que ele não vai aprontar isso novamente. E isso faz a gente ter forças, entendeu? E um dá força pro outro.[...] Fé e vontade... e esperança que vai tudo dar certo, vai dar tudo certo. Sabe acreditar? Acreditar que tudo que tá sendo feito vai ter um retorno .” EIF1-I</p> <p>“Ah, a gente é confiante, né... A gente é confiante que ela vai superar isso, que a gente vai conseguir, com muita paciência... É difícil, quando você pensa que está solucionando um problema, vem outro, mas é a vida, né... Não tem sentido nenhum se ela fosse só boa, né... A gente tá sabendo passar por cima... Não é fácil, não, mas a gente tá conseguindo superar! [...] A esperança de um tempo melhor, né? A esperança de um tempo melhor... Eu acho que isso é o básico da coisa,</p>
---	---	---

	<p>*ter fé em Deus</p>	<p>né?”E1F2-P(810) “(...) Esperando que ele saia de lá e tudo dê certo, né? Vai recomeçar tudo de novo, né? [...] Então, tudo vai dar certo que a gente acha que quando ele sair de lá, vai ser tudo diferente. A gente fica assim, se sentindo assim, esperando né? Essa esperança a gente tem, né? (...) Esperança que não vai mais usar droga. (...) Que vai voltar a trabalhar, estudar, né?” E1F3-M(1357) “É. A gente tem essa esperança. Esperança de que tudo vai dar certo. Que não vai mais usar droga também, né.” E1F3-P “Tem que ter fé, né, porque se não, a gente não aguenta. Parece que a gente vai criando força na vida cada dia mais, e vai levando.” A gente não pode perder a fé, não pode perder a esperança, não pode perder o amor, não pode perder a paciência, tem que estar sempre ali...” E1F5-M “Quando a gente tem fé, fala de Deus, e tem fé, a gente transforma isso em energia, energias positivas... Pra gente seguir em frente. (...) Porque a gente provou isso, que se você tiver fé, você consegue... Deus atende você. (...)Fé em Deus, fé no Criador... A gente tá aqui porque Ele quis... (...)Da saúde, energia, que faz a gente conquistar as coisas, né, faz a gente ter calma para resolver determinados fatos... Ter calma e ter esperança que amanhã é um outro dia... De repente ela se torna um grande espelho, né?” E1F5-P Foi porque a gente se apegou com a religião, dentro do possível, ainda mais pela própria escala de serviço minha né, não é toda semana que eu</p>
--	------------------------	---

	<p>3. A fé em Deus e a oração dão forças à família *força que vem de Deus</p>	<p>vou à missa... Mas a religião e o CAPS foi o que mais ajudou a gente. A gente espera que Deus dê força pra gente, né? Porque é só Ele. E1F2-P(869) “É isso que a gente quer né? Espera em Deus né? (...) Põe Deus né? Vai depender muito dele também, né? Sair de lá ne? Porque esse depoimento que a gente ta vendo, né? Sair de lá... a gente mesmo presenciou né? Tem uma mulher que tava tratando aqui, né? E ela falou né? Que saiu de lá, falou que não ia usar mais, que ia recuperar o tempo perdido, né? Então a gente espera Deus que ele também faça isso, né? Então é isso aí.” E1F3-P(1368) “Eu acho que se não fosse Ele, a gente não teria força de estar aqui hoje né? Às vezes até falando, porque é muito difícil. Pra nós foi muito difícil. E a gente põe o joelho no chão e reza, e pede e ora e faz, né? Pra Deus ajudar, pra Deus pôr a mão, que tudo mude, né? Que mude a cabeça dele, né? Que ele veja que tem um pai e uma mãe do lado, né? Porque no dia que vieram buscar ele pra internar, 6 horas da manhã, aí a clínica lá de [nome de uma cidade do interior paulista] falou ‘ah, amanhã não vai porque é muito duro pra uma mãe ver’. Porque ele não sabia que ia ser internado. Aí ele ia sozinho, eu falei ‘não, eu vou junto’, eu falei ‘eu sei que é duro, mas eu vou’. Aí a gente entrou, acordou ele né? Aí já entraram junto pra levar ele, aí foi muito difícil. Eu falei ‘eu acho que não vou aguentar’, mas eu aguentei. Eu pedi a Deus o tempo inteiro pra me dar força.” E1F3-M(1385) “Eu acho, sinceramente, acho que a gente ta enfrentando essa situação ainda porque é a fé em Deus mesmo, que nós pede muito a proteção divina mesmo pra gente [...]eu sou da legião de Maria, faço visitas pras pessoas enfermas, idoso, a</p>
--	---	--

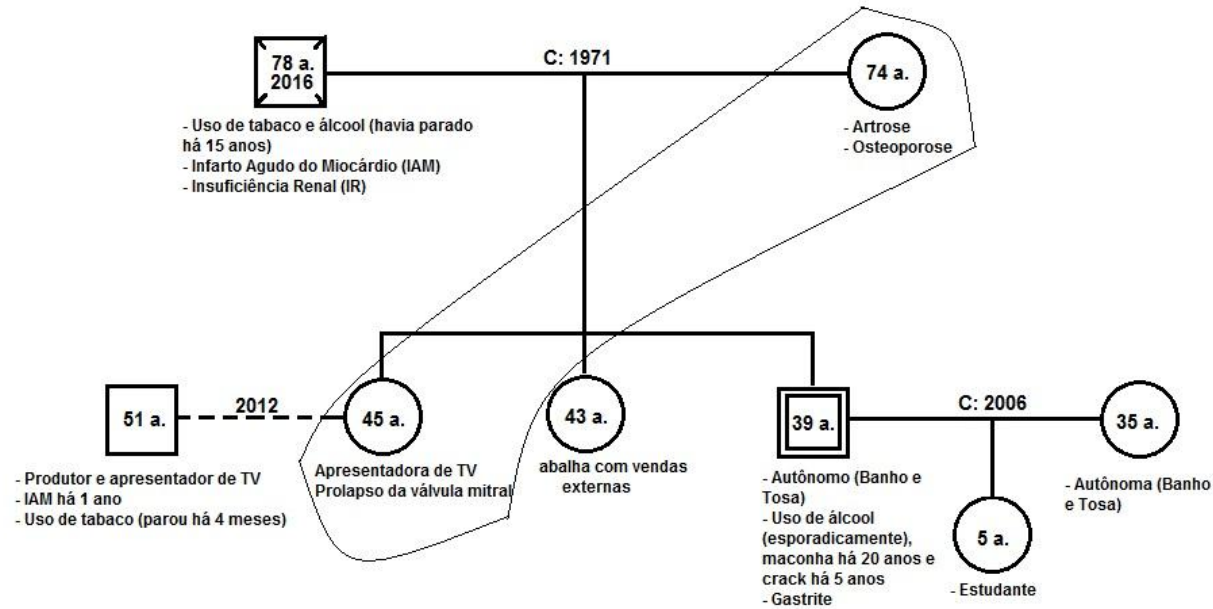
		<p>gente faz visita né eu e mais pessoas, mais assim que eu falo eu acho que ta pedindo força pra gente continuar ainda, pra gente ta se apoiando mais , nós tem os nossos filhos, como ele falou, nossos netos, que uma benção na nossas vida também né, mas no que a gente se apoia mais é em Deus , é Deus que ta dando força pra nós assim, não é fácil não.” E1F4-M(2235)</p> <p>“Sim porque a gente tava também muito distante de Deus e aquilo que a gente busca para fortalecer, que Deus que fortalece né, então a gente tava distante. É o que a gente vive de fortaleza, não desanimar, acreditar que Deus tá do lado da gente, e que a gente pode tudo, né, que a gente pode tudo, a gente pode ajudar o amigo, pode ajudar quem você puder ajudar... Você ajuda com alegria, você ta sempre alegre quando você está com Deus, né, essa fortaleza. (...)Deus tá sempre presente com a gente é o que nos fortalece pra gente ir enfrentando e buscando sabedoria como forma, buscando fórmulas para ter a calma para seguir os dias, passo a passo, pra esquecer o ocorrido e seguir em frente em busca de melhor, em busca de uma estabilidade. E tomando só o que passou como, tipo assim, experiências da vida, experiências...” E1F5-P</p> <p>[...] aí você pega uma reunião lá da igreja, a gente reza, a gente se aproxima de Deus, e as pessoas que estão lá estão dispostas a ouvir a gente, rezam junto com a gente, porque de uma forma ou de outra alivia o sofrimento da gente... Ajuda a gente a carregar nossa cruz, porque não é fácil.” E1F2-P</p> <p>“Indo na igreja, sabe, ouvindo a palavra... Encontrando as pessoas lá... Pra você ver que não</p>
--	--	--

	<p>*Força que vem da oração</p>	<p>“A gente se apegou muito à religião, a gente faz oração. (...) Então ajudou, deu bastante força também. (...)A oração traz... a palavra que a gente sente né? Quando você lê a bíblia, você abre, Às vezes fala alguma coisa, você fala ‘nossa, tá falando pra mim’. Às vezes mesmo na igreja né, fala alguma coisa. Fala ‘nossa, tá falando pra mim a palavra né? Então é isso que a gente sente força, se apegam aí. (...) Muita paz a gente sente. A gente sente que não tá sozinho né? Deus tá olhando pela gente né? (...) Fazemos juntos e fazemos separados também. (...) Eu acordo de madrugada às vezes. Eu perco o sono, eu faço oração. Começo a fazer oração. Isso é 2 ou 3 horas da manhã, se eu acordar. Daí a gente faz e sente um alívio, uma paz bem grande. (...)E1F3-M</p> <p>Ah! Eu me sinto em paz... É o único jeito de buscar paz pra nós é essa, quando eu faço minhas oração, ou né, os meus terços,vou na missa, assisto a missa, vou lá louvar a Deus tudo [...]Minhas preces tão sendo atendida, o meu filho ta sendo protegido, ele ta voltando pra casa... quer dizer, Deus ta livrando ele. (...)mas na hora que eu to nervosa eu procuro fazer minhas oração em pensamento, onde que eu vou aliviando, vai acalmado sabe?” E1F4-M</p> <p>“Às vezes a gente pensa, ah! Não vou mais rezar, não vamos orar mais, mas quando a gente entra no quarto não tem jeito, a gente senta na cama, a gente gosta de ficar sentado, já pega o livrinho de oração, fica rezando, parece que já vai, parece que já vai as coisa melhora que vem na cabeça da gente, então a gente vai se sentindo melhor.”E1F4-P</p> <p>“A oração ta para fortalecer e pedir mais ajuda para gente estar firme para seguir em frente para</p>
--	---------------------------------	--

	Manter a calma	<p>sempre assim, um se apoiando no outro.” E1F4-M(1653, 1672) Falar mais com calma, explicar a realidade com um tom mais baixo</p> <p>“Porque a gente consegue dialogar, consegue conversar. Se um altera o outro já fala pra abaixar a bola, vamos conversar, falar do assunto, buscar uma forma pra resolver esse assunto, a pessoa sugere a formula e o outro analisa e acata. É impor uma conversa mais esticada, com calma, com dialogo mais tranquilo. Mãe fica mais brava e logo no inicio já altera e o pai não, pai já vai com outras palavras, mais com calma, buscando explicações mais aprofundadas sem se deixar alterar. Porque quando um altera o outro se sente também agredido e ele também altera. Então isso, tanto eu quanto ela, a gente busca essa forma de dialogar. E1F5-P</p>
--	----------------	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

APÊNDICE H – GENOGRAMA FAMÍLIA 1



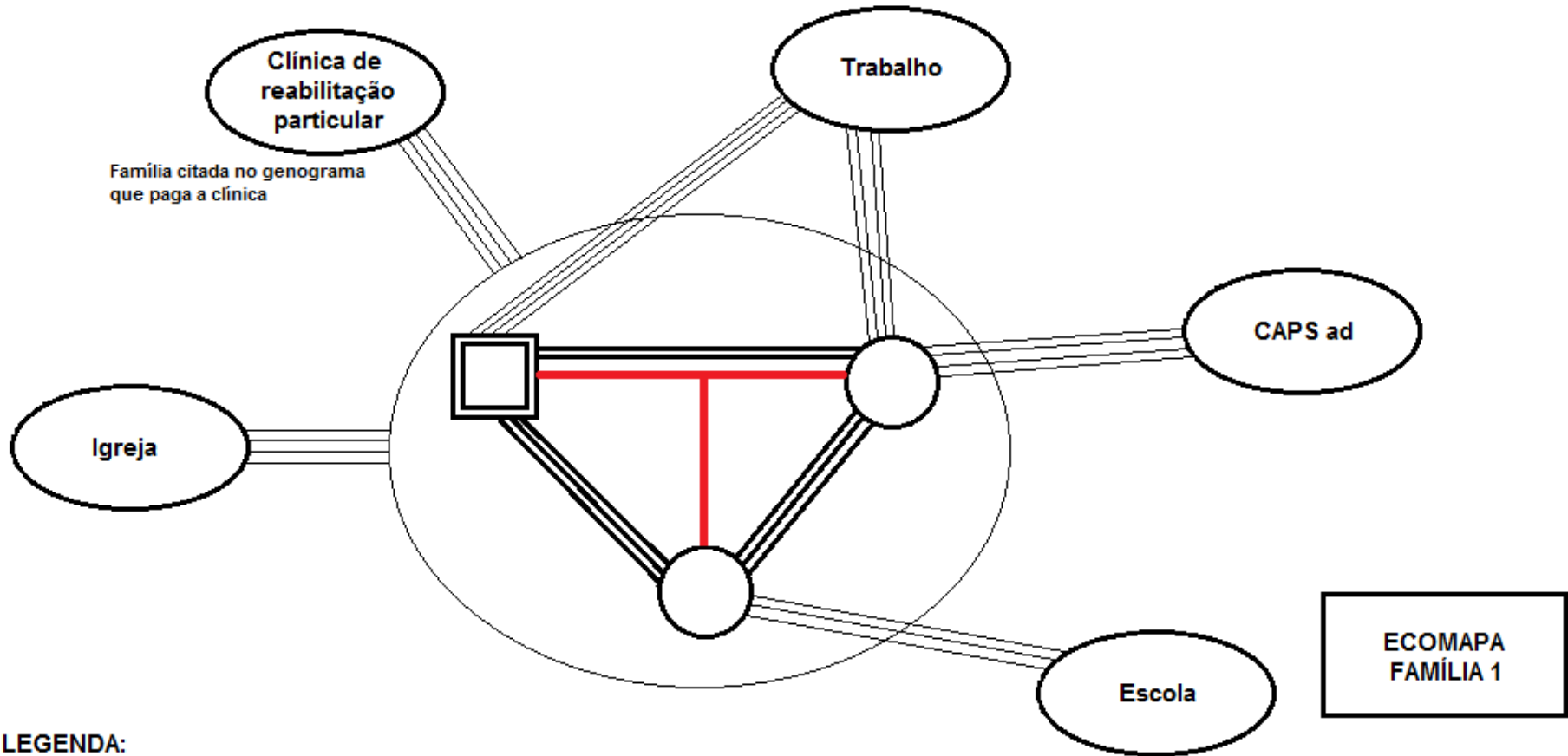
GENOGRAMA
FAMÍLIA 1

RENDA MENSAL
R\$ 2.500,00

LEGENDA:

- Masculino
- Feminino
- Caso índice
- X
 Óbito
- Aborto
- # Divórcio
- Namoro
- ? Informações não obtidas

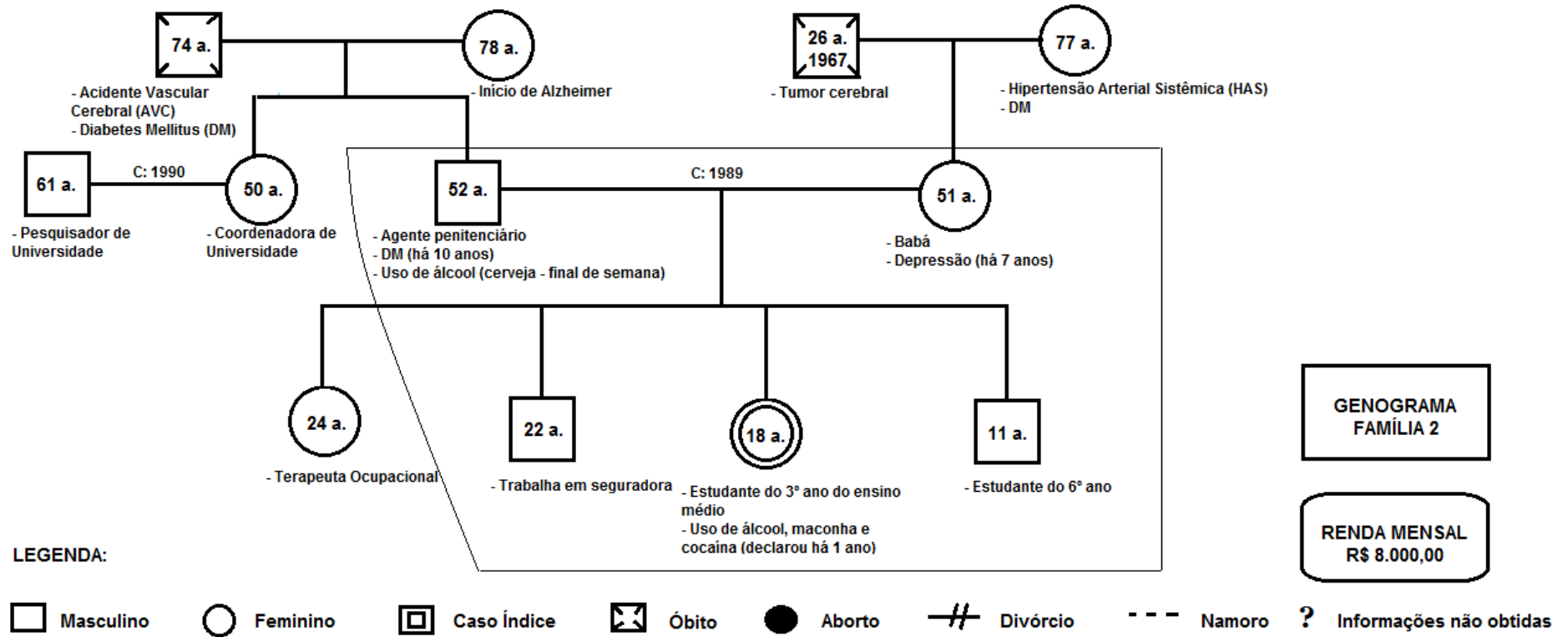
APÊNDICE I – ECOMAPA FAMÍLIA 1



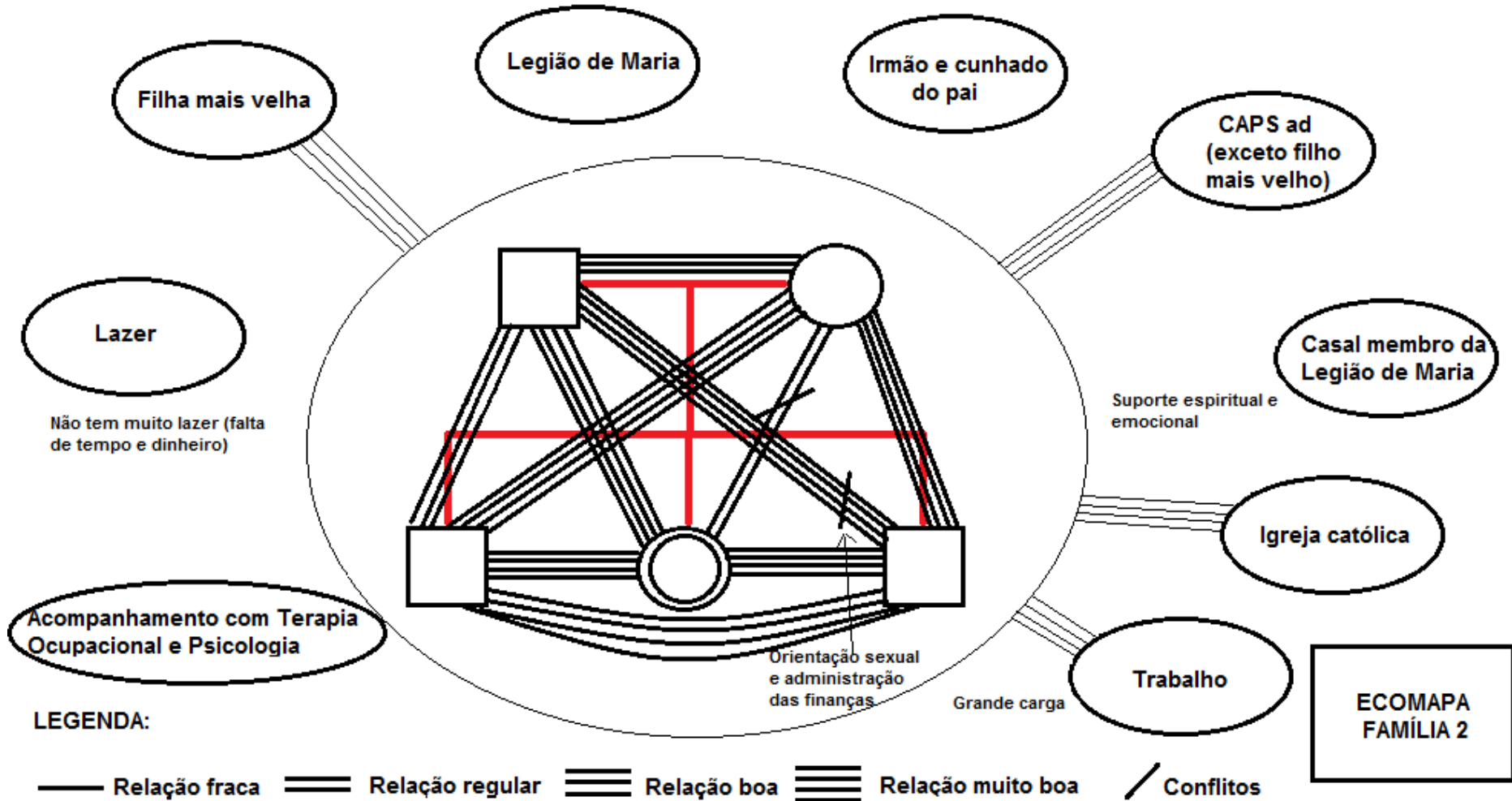
LEGENDA:

- Relação fraca
- == Relação regular
- === Relação boa
- ==== Relação muito boa
- / Conflitos

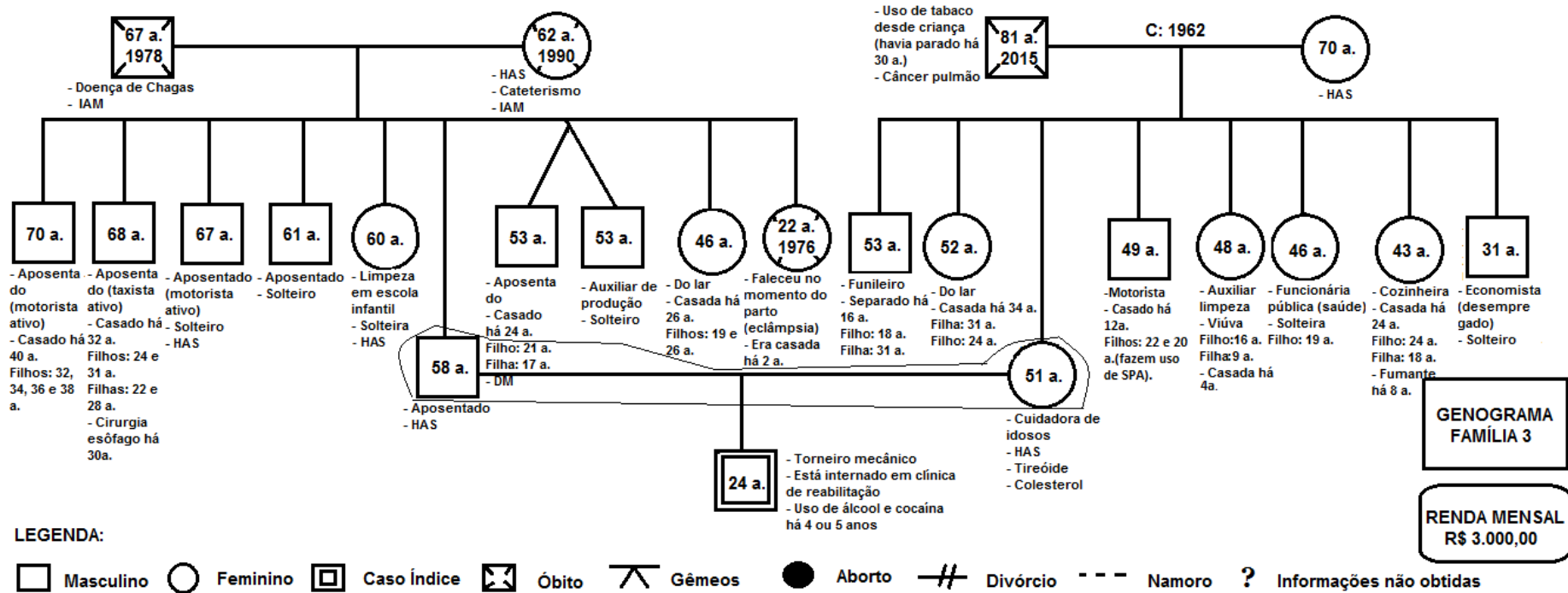
APÊNDICE J – GENOGRAMA FAMÍLIA 2



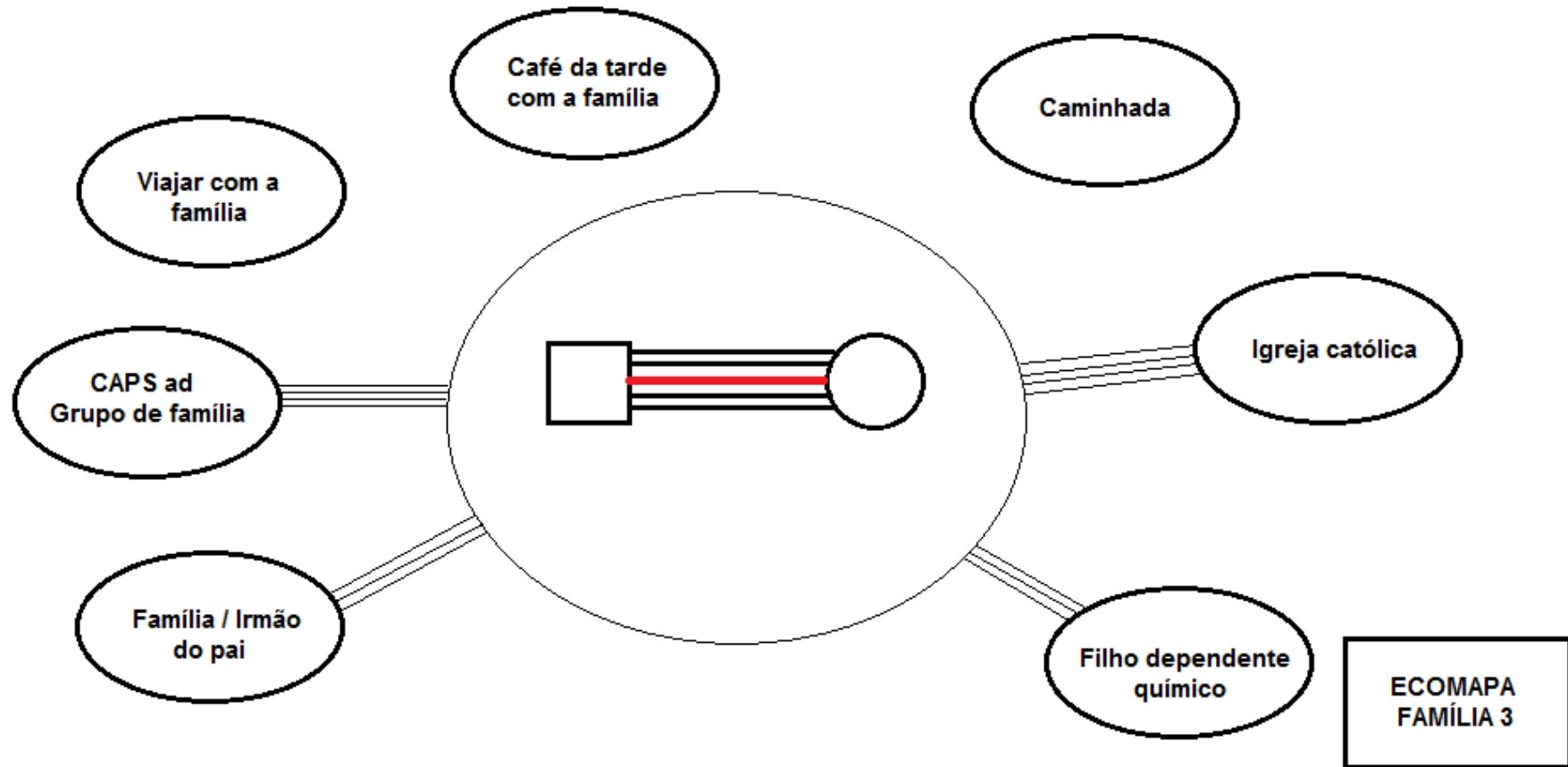
APÊNDICE K – ECOMAPA FAMÍLIA 2



APÊNDICE L – GENOGRAMA FAMÍLIA 3



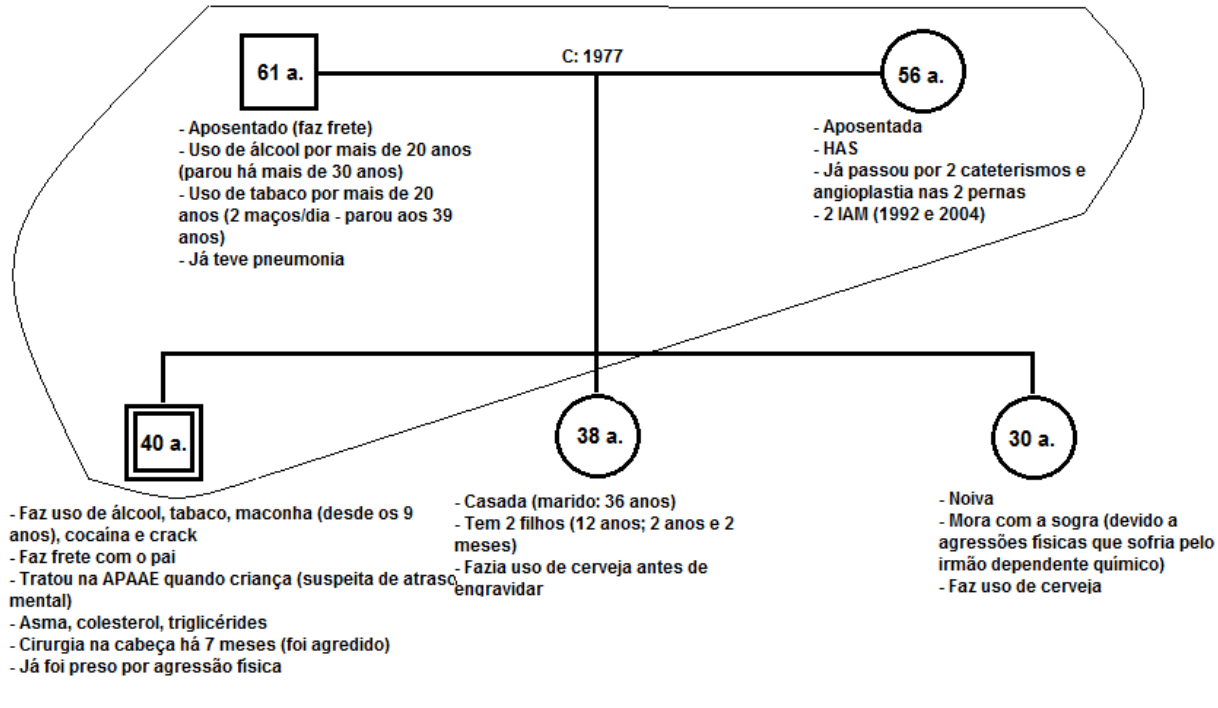
APÊNDICE M – ECOMAPA FAMÍLIA 3



LEGENDA:

— Relação fraca == Relação regular === Relação boa ===== Relação muito boa / Conflitos

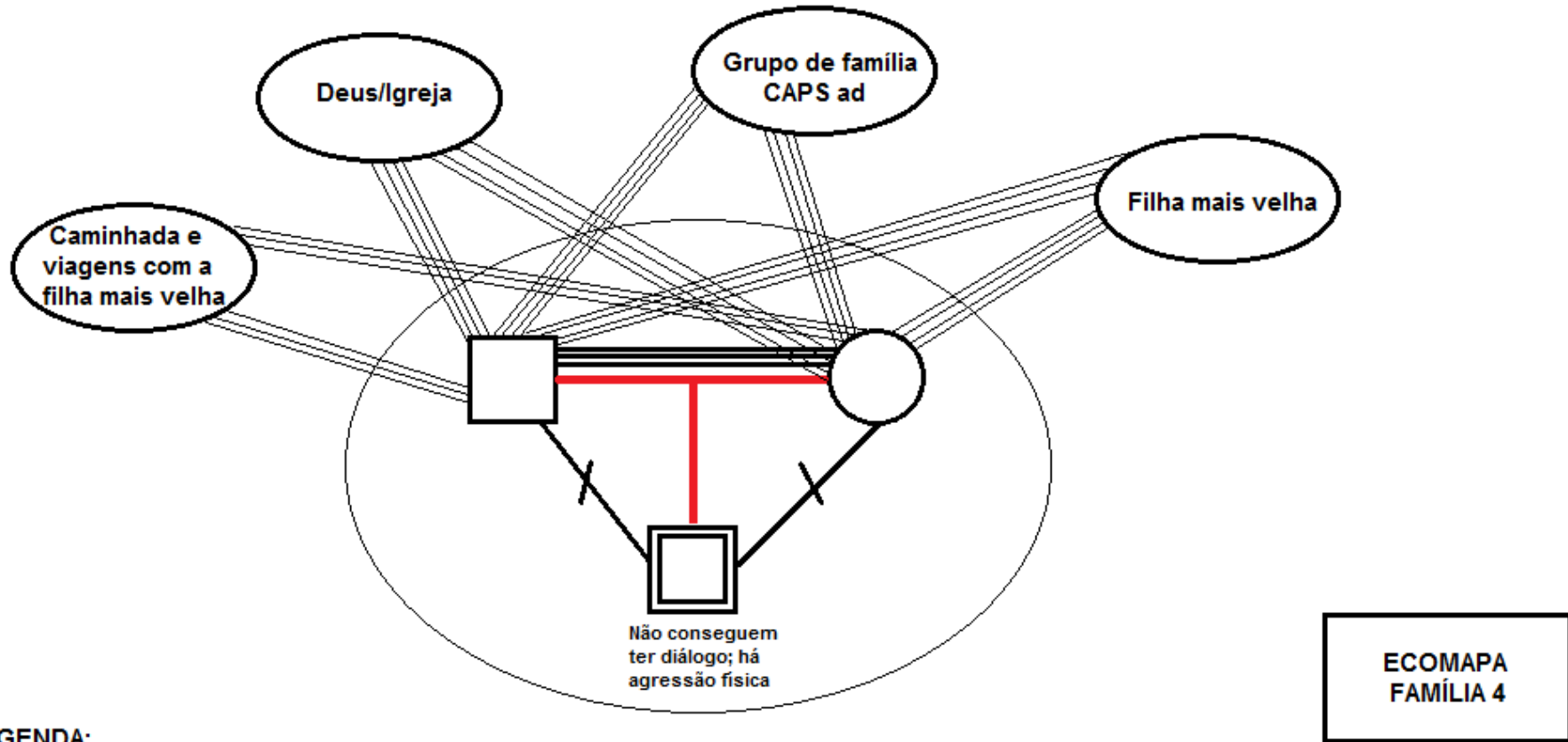
APÊNDICE N – GENOGRAMA FAMÍLIA 4



LEGENDA

- Masculino
- Feminino
- ▣ Caso Índice
- ☒ Óbito
- Aborto
- ≠ Divórcio
- Namoro
- ? Informações não obtidas

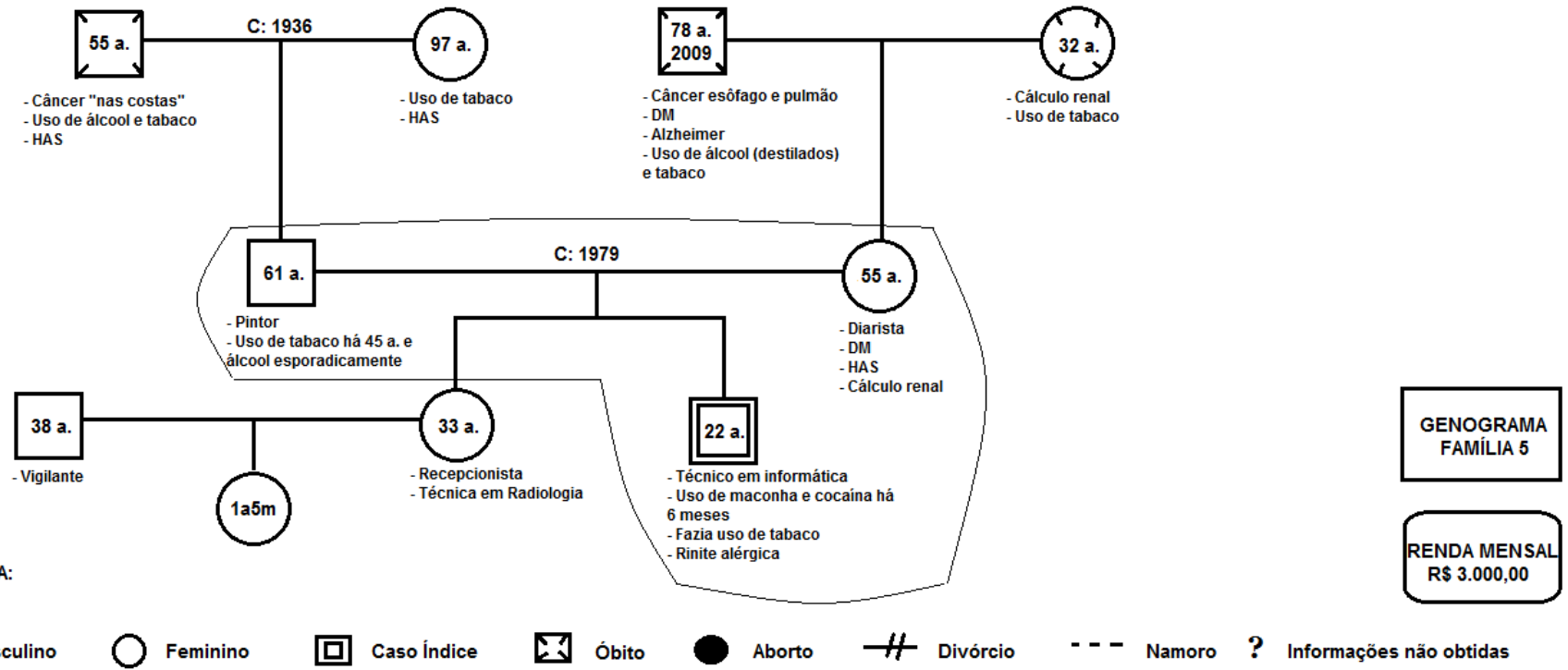
APÊNDICE O – ECOMAPA FAMÍLIA 4



LEGENDA:

- Relação fraca
- == Relação regular
- === Relação boa
- ==== Relação muito boa
- / Conflitos

APÊNDICE P – GENOGRAMA FAMÍLIA 5



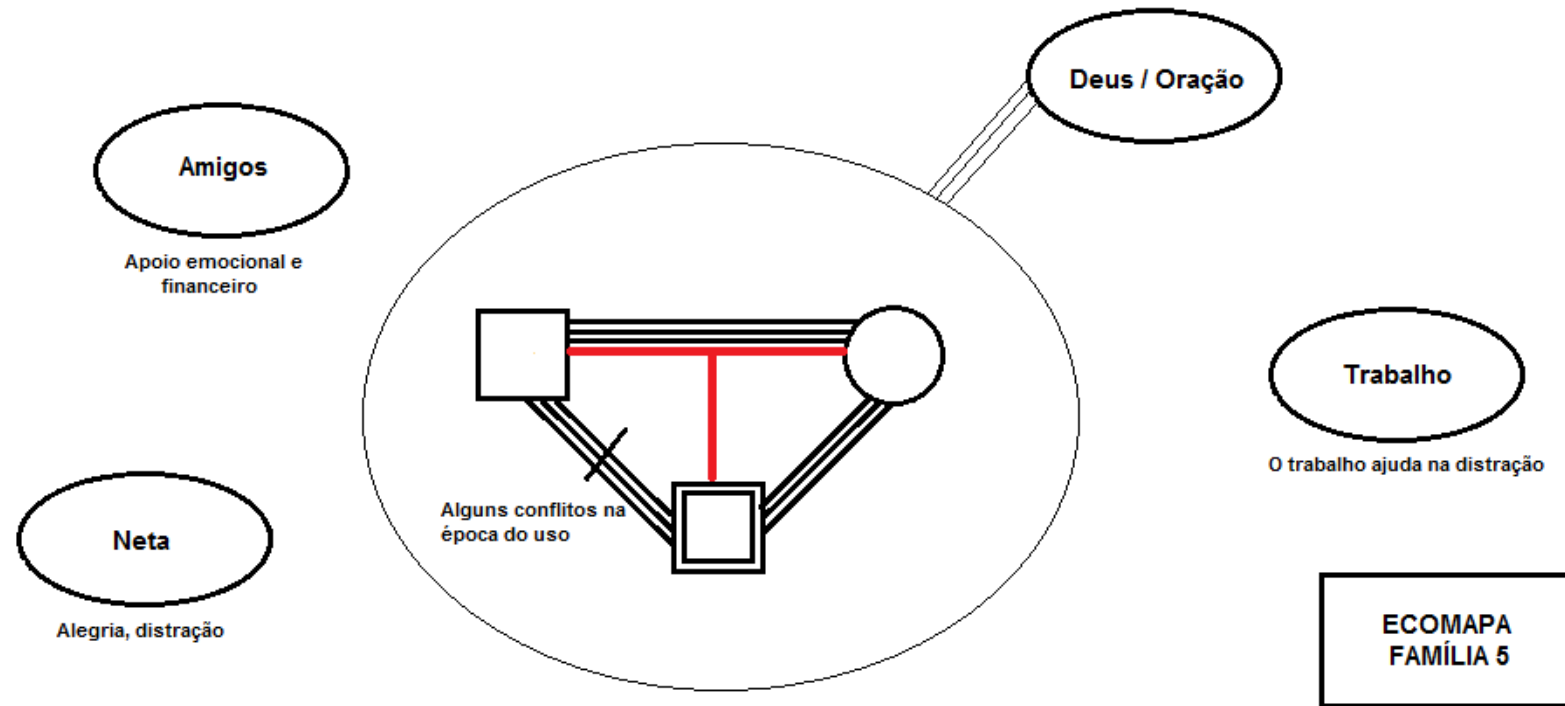
GENOGRAMA
FAMÍLIA 5

RENDA MENSAL
R\$ 3.000,00

LEGENDA:

- Masculino
- Feminino
- ▣ Caso Índice
- ☒ Óbito
- Aborto
- ≠ Divórcio
- - - Namoro
- ? Informações não obtidas

APÊNDICE Q – ECOMAPA FAMÍLIA 5



LEGENDA:

- Relação fraca
- == Relação regular
- === Relação boa
- ==== Relação muito boa
- / Conflitos

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UFSCAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de enfrentamento e resiliência familiar: percepção da família de usuários de álcool, crack e outras drogas

Pesquisador: Bianca Oliveira Ruiz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49651215.2.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.302.491

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, sendo os participantes da pesquisa uma amostragem intencional de componentes da família de usuários dependentes de drogas, os quais serão submetidos à entrevista semi-estruturada. O campo empírico será o Centro de Atenção Psicossocial-álcool e outras drogas de uma cidade do interior paulista. O referencial teórico será o de resiliência familiar de Froma Walsh. A análise dos dados basear-se-á na Análise de Conteúdo, categoria temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Interpretar os processos de resiliência reconhecidos pelos membros familiares resilientes dos usuários e usuárias de substâncias psicoativas.

Objetivo Secundário:

Apreender situações que os membros da família consideram adversas nas suas experiências com seu(s) membro(s) familiar(es) usuário(s) de drogas; Apreender características familiares que os tornam resilientes, na perspectiva dos membros da família. Identificar as situações de resiliência vivenciadas e reconhecidas pelos membros familiares. Compreender como os membros familiares vivenciam e enfrentam a problemática de drogas.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.302.491

Apreender as fortalezas reconhecidas por estes membros que provocam mudanças positivas na família. Compreender a percepção dos membros familiares sobre os mecanismos utilizados por eles durante o processo de enfrentamento de situações adversas, que contribuem para a resiliência familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador faz uma análise dos riscos e benefícios e apresenta-os no TCLE e no Protocolo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adêquados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. Segue a Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_572618.pdf	31/08/2015 18:01:50		Aceito
Outros	Apendices.pdf	27/08/2015 16:14:18	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito
Outros	ParecerdaSMS.pdf	27/08/2015 16:10:54	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	27/08/2015 16:09:17	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	27/08/2015 16:07:03	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/08/2015 16:06:08	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.302.491

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

SAO CARLOS, 29 de Outubro de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br