



AS RELAÇÕES FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM SITUAÇÃO DE
RUA

Giovana Hoffmann Toigo

Caxias do Sul, 2021

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

AS RELAÇÕES FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM SITUAÇÃO DE
RUA

Trabalho apresentado como requisito parcial para
Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia, sob
a orientação da Profa. Dra. Rossane Frizzo de Godoy.

Giovana Hoffmann Toigo

Caxias do Sul, 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me conceder o privilégio de estudar Psicologia e fazer o que eu amo: escutar e ajudar os outros.

À minha família, em especial minha mãe *Silvana*, que sempre me deu amor e educação, me apoiando constantemente durante toda a trajetória acadêmica. Ao meu pai, *Ademir*, que mesmo não estando mais presente nessa vida, me guiou e protegeu durante esses anos de graduação, assim como me guiará e protegerá durante toda minha vida. Aos demais familiares e amigos, também direciono o meu sincero agradecimento.

Aos colegas, por todo o companheirismo e pelas constantes trocas. Aos professores, agradeço pelo carinho, paciência, atenção e pelo compartilhamento de saberes e experiências, que tanto me serviram de inspiração ao longo dessa trajetória. Agradeço, em especial, à professora *Rossane* que orientou-me na construção desse trabalho com tanta maestria e sabedoria.

Por fim, à equipe do *CAPS Reviver*, no qual realizo meu estágio extracurricular, por tantas trocas e aprendizagens compartilhadas ao longo dos últimos dois anos. Me espelho em cada um de vocês, e no futuro, espero ser 1% da profissional que vocês são, constantemente lutando por uma sociedade sem manicômios, pelos direitos de dependentes químicos em situação de rua, respeitando as diferenças e oferecendo um espaço de empatia, valorização e cooperação.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVOS.....	8
Objetivo geral.....	8
Objetivos específicos.....	8
REVISÃO DA LITERATURA.....	9
Das drogas às ruas: pessoas em situação de rua e o uso abusivo de substâncias psicoativas.....	9
Princípios da Psicoterapia Familiar Sistêmica.....	15
MÉTODO.....	21
Delineamento.....	21
Fontes.....	21
Instrumentos.....	21
Procedimentos.....	22
Referencial de Análise.....	22
SÍNTESE INTEGRADORA.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

RESUMO

A dependência química pode ser compreendida como um estado de uso compulsivo de alguma substância psicoativa, no qual engloba fenômenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, ocasionando sofrimento e causando prejuízos em diferentes áreas da vida, o que pode levar o indivíduo a viver em situação de rua. Indivíduos em situação de rua não possuem moradia regular ou fixa, possuem vínculos familiares fragilizados ou rompidos, e experienciam a exclusão social, invisibilidade e vulnerabilidade. Tem-se presente que a família é um fator implicador na origem, desenvolvimento e consequências da dependência química, sendo o primeiro sistema afetado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas de um de seus membros. O objetivo geral desta pesquisa é identificar possíveis implicações do sistema familiar em indivíduos dependentes químicos em situação de rua. Os objetivos específicos tem o propósito de conceituar a dependência química; caracterizar pessoas em situação de rua e apresentar princípios da psicoterapia familiar sistêmica. Quanto ao método, optou-se por uma revisão de literatura com delineamento qualitativo de cunho exploratório/interpretativo. As fontes utilizadas foram artigos científicos, buscados em bases de dados como o Scielo, Bvpsi, Pepsic e Portal de Periódicos do CAPES e dissertações buscadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), no período de 2010 a 2020, e livros disponíveis na Biblioteca Central da Universidade de Caxias do Sul, além de livros e *e-books* do acervo pessoal, buscados no período de 1986 a 2020. Como instrumento, foi utilizado a ficha de documentação. Como referencial de análise, optou-se por uma síntese integradora. A partir disso, foi possível compreender que as implicações do sistema familiar em indivíduos dependentes químicos em situação de rua se dão a partir do modo como os papéis, *feedbacks*, fronteiras e comunicação são desempenhados dentro do sistema familiar e suas relações.

Palavras-chave: psicoterapia familiar, situação de rua, dependência química, família, relações familiares

INTRODUÇÃO

A motivação para a realização desse trabalho sobre as relações familiares de dependentes químicos em situação de rua emergiu a partir de experiências pessoais e do estágio extracurricular no Caps Ad Reviver, no qual, ao ter contato com indivíduos dependentes químicos em situação de rua, amplificou-se o interesse. As disciplinas de Deontologia, Clínica Ampliada e Saúde Mental Coletiva evidenciaram as contribuições do psicólogo diante de situações em que o indivíduo, por estar em situação de rua, encontra-se em condição de vulnerabilidade social. Nas disciplinas de Família e Processos Psicossociais, Psicologia Sistêmica e Intervenção em Contextos de Família refletiu-se acerca dos processos familiares e os principais desafios a serem enfrentados pela família ao longo do ciclo de vida familiar, bem como as possíveis intervenções para cada uma delas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007) o termo substância psicoativa refere-se a uma entidade química que altera a função biológica do indivíduo, e possivelmente, a sua estrutura. Entende-se que a dependência química emerge a partir da relação que o indivíduo estabelece com a substância psicoativa, podendo ser casual, eventual ou abusiva (Tondin, Neta & Passos, 2013). Atualmente, compreende-se o uso abusivo dessas substâncias como um problema social e de saúde pública (Schimith, Murta & Queiroz, 2019), pois, além de ser prejudicial para a saúde como um todo, podem aumentar as chances de ocorrer acidentes, transtornos mentais, comportamentos de riscos, dentre outros (Malta et al., 2014). Também podem aumentar as chances de um rompimento de vínculos familiares (Paz & Colossi, 2013) e conseqüentemente, uma possível vivência nas ruas.

Entende-se um indivíduo em situação de rua, aquele que não possui uma moradia regular e fixa, que possui vínculos familiares fragilizados ou rompidos e que utiliza áreas de público acesso como habitação (Ministério da Saúde, 2017). Em dados levantados em 2017, cerca de 50 mil adultos vivem em situação de rua, apenas no Brasil, estes sendo predominantemente homens (82%). Em estudos realizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, o uso de substâncias psicoativas (35,5%), o desemprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%) estão entre os principais motivos que os levaram a morar na rua (Ministério da Saúde, 2017). Indivíduos em situação de rua deparam-se com fatores como a invisibilidade social, desemprego, precariedade e desqualificação pessoal, além de possuírem laços familiares fragilizados, que corroboram na manutenção da situação-problema (Leal, 2008).

A psicoterapia familiar sistêmica busca compreender o problema para além do sintoma, e portanto, refletir sobre o que o ocasionou e o que o mantém (Milani, Rodrigues

& Vicente, 2006). Assim, percebendo a doença de maneira ampla, a mesma deixa de ser uma consequência individual, e sim, um problema de comunicação e relações dentro do sistema familiar e seus subsistemas (Celestino & Bucher-Maluschke, 2015). A partir de conceitos da psicoterapia familiar sistêmica, entende-se que a pesquisa deste tema pode vir a contribuir para a compreensão das relações familiares de dependentes químicos em situação de rua, visando refletir acerca dos papéis desempenhados dentro do sistema familiar, suas fronteiras, comunicação e padrões disfuncionais.

O modo como as relações são construídas no meio familiar refletem significativamente na vida de um indivíduo, assim, a condição da dependência química agravada pela situação de rua exige a reflexão sobre como transcorrem as relações familiares dos envolvidos. Diante do que foi exposto, o presente estudo buscará responder o seguinte problema de pesquisa: quais as possíveis implicações do sistema familiar em indivíduos dependentes químicos em situação de rua?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar possíveis implicações do sistema familiar em indivíduos dependentes químicos em situação de rua.

Objetivos Específicos

- Conceituar dependência química;
- Caracterizar pessoas em situação de rua;
- Apresentar princípios da psicoterapia familiar sistêmica.

REVISÃO DA LITERATURA

Das drogas às ruas: pessoas em situação de rua e o uso abusivo de substâncias psicoativas

A história da dependência química tem início em meados do século IV a.C., quando o filósofo Aristóteles trouxe a primeira consideração a respeito do uso abusivo do álcool, descrevendo o vício como uma escolha pessoal, e portanto, um comportamento que merecia punição e críticas. Esse Modelo Moral, vigente na era do Iluminismo, foi a primeira tentativa de compreender o uso de substâncias psicoativas, entendendo que o uso iria contra as normas sociais existentes na época (Perrenoud & Ribeiro, 2019). Na década de 70, o Modelo da Temperança ganha força a partir das ideias de Rush e Trotter, que compreendem o uso de substâncias como um desequilíbrio corporal, destacando ser um hábito a ser desaprendido. O modelo que viria em seguida, denominado de Degenerescência Neurológica, consistia em utilizar de métodos não-tradicionais, como o uso de sanguessugas, banhos a vapor e tônicos a fim de purificar as células nervosas do corpo humano. (Perrenoud & Ribeiro, 2019).

Embora o consumo de substâncias psicoativas exista desde a antiguidade, o consumo apenas pela busca de prazer é um fenômeno atual. Até o século XIII, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas eram restritas, estando presentes em festividades culturais e religiosas. A partir da Revolução Industrial, quando substâncias começaram a ser fabricadas e distribuídas em farmácias ao redor do mundo, passou-se a acreditar que a adição era única e exclusivamente uma consequência hereditária (Perrenoud & Ribeiro, 2019). O uso de drogas sintéticas, principalmente a Anfetamina, durante a Segunda Guerra Mundial, permitia aos soldados reduzir a fadiga, aumentar o foco e a coragem durante as batalhas (Marcon, Silva, Moraes, Martins & Carpes, 2012). Com a proibição da venda do álcool nos Estados Unidos, no início do século XX, o uso de substâncias psicoativas passou a ser atribuído a uma força demoníaca e sobrenatural (Santos, Santiago, Oliveira, Lima & Melo, 2017). Posteriormente, o uso de substâncias tornou-se um *status* social e um estilo de vida, decorrente da imagem de astros de *Hollywood* consumindo álcool e cigarro em filmes, comerciais e pôsteres, e foi somente na década de 50 que a visão moralista foi perdendo a força, a partir do momento que o alcoolismo foi incluído nos manuais diagnósticos utilizados na época (Perrenoud & Ribeiro, 2019). Dentre os modelos contemporâneos, destaca-se os modelos naturais, biológicos, sociais, espirituais e psicológicos (Perrenoud & Ribeiro, 2019).

Droga pode ser definida como toda e qualquer substância capaz de modificar o sistema fisiológico do corpo, utilizada com ou sem a intenção de benefícios para o indivíduo

(Oga & Siqueira, 2008). Por sua vez, a dependência química caracteriza-se por um estado de uso compulsivo, no qual ocasiona fenômenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, muitas vezes, ocasionando sofrimento e causando prejuízos em diferentes áreas da vida do indivíduo (Oga & Siqueira, 2008; Capistrano, Ferreira, Maftum, Kalinke & Mantovani, 2013). É possível compreender o uso de substâncias psicoativas como algo que é construído e ressignificado sociohistoricamente, ou seja, é atravessado por questões religiosas, culturais, econômicas e políticas (Santos et al., 2017), passando a englobar estes aspectos de acordo com cada sociedade, interferindo significativamente na relação indivíduo-drogas. Atualmente, considera-se a dependência química um problema social e de saúde pública (Schimith et al., 2019). O mais recente levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (2017), revelou que cerca de 15 milhões de brasileiros, entre 12 e 65 anos de idade, já fizeram uso de alguma substância ilícita, sendo a maconha a mais comum (7,7%), seguido pela cocaína (3,3%) e pelo crack (0,9%). O levantamento também revelou que cerca de 30,1% da população consumiu álcool nos últimos 30 dias, enquanto 33,5% declararam ter fumado cigarro pelo menos uma vez na vida.

Destaca-se que, o uso de uma substância psicoativa, não evolui, necessariamente, para a dependência química. A relação que um sujeito estabelece com a substância pode ser casual, eventual ou abusiva (Tondin et al., 2013), sendo assim, só é possível analisar o uso de cada indivíduo a partir da compreensão de que lugar a substância ocupa na vida do sujeito, bem como seus significados e implicações. O estudo de Marques, Ramos, Ramos e Lemos (2019) aponta que a iniciação de uma substância psicoativa está diretamente relacionada com a busca de liberdade e sensações, bem como a busca por um estilo de vida diferenciado das normas familiares e sociais impostas para cada indivíduo. A transição de um experimentador para um dependente químico se dá, sobretudo, na relação existente entre o indivíduo e a substância psicoativa. O uso deixa de ser casual ou eventual na medida em que há um padrão de consumo persistente, apesar dos prejuízos identificados nas diferentes áreas da vida do sujeito, ocorrendo perda de controle e uma tolerância à substância (Marques et al., 2019).

Os fenômenos farmacológicos envolvidos na dependência química são o desenvolvimento de tolerância e a síndrome de abstinência (American Psychiatric Association, 2014). A tolerância refere-se a diminuição do efeito de uma substância, ocasionando a perda total ou parcial da sensibilidade aos efeitos da droga, no qual são necessárias doses maiores para produzir a mesma resposta inicial. Por sua vez, a síndrome de abstinência caracteriza-se por um conjunto de sintomas físicos e psíquicos que surgem

após a interrupção ou diminuição do uso de substâncias psicoativas (Negrão, Cordeiro & Vallada, 2019; Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2019).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014), um transtorno por uso de substâncias consiste “na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância” (p. 483). Há uma alteração em circuitos cerebrais em indivíduos com transtornos por uso de substâncias, que acaba alterando o comportamento do indivíduo, principalmente no que refere-se à intensa fissura e constante recaídas (American Psychiatric Association, 2014). Mesmo sendo identificado prejuízos na vida de um indivíduo dependente químico, a adesão ao tratamento, muitas vezes, é difícil, pois envolve diferentes fatores sociais, interpessoais e cognitivos. Estudos mostram que existem processos cognitivos básicos envolvidos no desenvolvimento da dependência química, sobretudo nas funções executivas, ativas, motoras e mnemônicas do indivíduo (Matumoto & Rossini, 2013). Desta forma, a má adesão ao tratamento pode estar relacionada ao impacto neurológico da dependência, ocasionando dificuldades em compreender e exercer tarefas simples, fundamentais para que o tratamento funcione.

É evidente que são inúmeros os prejuízos encontrados em indivíduos dependentes químicos. Os estudos de Alvarez, Gomes e Xavier (2014) mostram que dentre as principais consequências do uso de drogas, as perdas físicas, materiais e morais são as que mais pesam para os usuários. Dificuldades de aprendizagem, falta de autocuidado, evasão escolar, perda de emprego, quebra de leis e rompimento de vínculos familiares também aparecem como possíveis consequências (Alvarez et al., 2014). O uso abusivo de substâncias psicoativas também pode ocasionar em um dano neurológico persistente e significativo, bem como alterações hematológicas, cardiovasculares e gastrointestinais (Nunes & Saldanha, 2019). A pesquisa de Silva, Souza, Chaves, Meireles e Cardoso (2019) também revelam indícios de um aumento de transtornos mentais, principalmente transtornos de humor, nessa população específica. Dentre os prejuízos já citados anteriormente, a literatura aponta que a fragilização ou rompimento de vínculos familiares são os que mais afetam emocionalmente indivíduos dependentes químicos, e que a falta de suporte familiar acaba prejudicando o tratamento e a prevenção a recaídas (Olenira & Simão, 2019).

A partir da vigência da Lei nº 10.216/2011 no Brasil, responsável pela Reforma Psiquiátrica, na qual visa a transformação dos cuidados em saúde mental no país, levando em consideração a singularidade e subjetividade de cada indivíduo (Macedo, Abreu, Fontanele & Dimenstein, 2017), o interesse em políticas sobre drogas amplificou-se.

Esforços foram direcionados para a inserção de serviços substitutivos, hoje parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de oferecer espaços diferenciados àqueles que vinham funcionando até então. Dentre esses, houve a inauguração de espaços como os Hospitais-Dia, Serviços de Urgência e Emergência Psiquiátrica nos Prontos-Socorros, Centros de Convivência e o Centro de Atenção Psicossocial (Fonte, 2012).

A necessidade do desenvolvimento de uma rede de assistência focada para indivíduos dependentes químicos, fez surgir, em 2003, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, com foco na reabilitação e reinserção social destes usuários (Ministério da Saúde, 2003). Em 2006, a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde, destaca-se o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas como uma estratégia de promoção à saúde da população brasileira (Ministério da Saúde, 2010).

A inauguração dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) oportunizou um espaço de acolhimento e atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias químicas. Segundo Leal e Antoni (2013), com foco para além da doença, o CAPS busca abranger todo o contexto pessoal, econômico, cultural e social do indivíduo, proporcionando um espaço de empatia, respeito e valorização. Além disso, o serviço realiza atividades terapêuticas e preventivas, tais como: atendimentos individuais, grupais e familiares, atividades comunitárias, estratégias de redução de danos, oficinas terapêuticas, dentre outros (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo o Decreto nº 1.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm) essa população consiste em um

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNDR) assegura os direitos à esse público, tais como: igualdade e equidade; respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferentes de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com

atenção especial às pessoas com deficiência. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm).

Dentre as políticas públicas criadas junto à Reforma Psiquiátrica no Brasil, destaca-se a implementação dos Consultórios na Rua, serviços que seguem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e visam

[...] ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (Ministério da Saúde, 2011).

O serviço compõe uma equipe multidisciplinar, formada por assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, dentre outros, variando de acordo com a área populacional e a abrangência territorial. Os profissionais do consultório na rua adentram as próprias comunidades de maior vulnerabilidade e a aproximação ocorre mediante o desejo do próprio usuário (Valério & Nascimento, 2017). Ressalta-se a importância de realizar o atendimento dentro do ambiente do indivíduo, seja na comunidade de um usuário de substâncias psicoativas ou em um espaço público, no caso de quem não possui moradia fixa, pois somente assim é possível compreender a singularidade, limites e potencialidades de cada indivíduo (Lima & Seidl, 2015).

Em geral, quando se pensa nessa população, destaca-se o preconceito em relação a sua atual condição de vida (Serafino & Luz, 2015), bem como a precarização, exposição a violências e carência de acesso aos direitos humanos básicos (Wijk & Mângia, 2017). Segundo Wijk e Mângia (2017), pessoas em situação de rua “tendem a não se reconhecer como detentoras de direitos e apresentam agravos à saúde física e mental mais significativos do que a população em geral” (p. 3358).

Pode-se considerar a população em situação de rua como um fenômeno multifacetado e multidimensional (Serafino & Luz, 2015), ou seja, possuem características diferentes e peculiaridades. Entretanto, apesar da singularidade de cada um, ainda há aspectos comuns identificados neste público. No Brasil, estima-se que a população em situação de rua é predominantemente masculina, negros e com o nível de renda baixa (Ministério da Saúde, 2017). A falta de emprego, a precariedade, o isolamento social e a fragilidade de vínculos familiares também são elementos comuns à maioria desses indivíduos (Serafino & Luz, 2015).

Além dos aspectos referidos, faz-se necessário refletir acerca do modo como os moradores de rua são tratados, não só pela população geral, como também pelos órgãos públicos. Destaca-se aqui a Operação Mata-Mendigos, que ocorreu na década de 60 no Rio

de Janeiro – RJ, com o objetivo de “limpar” a cidade daqueles considerados indesejados, utilizando métodos agressivos para tirá-los das ruas (Silva, 2013). Essa população é tratada com descaso, excluídas da sociedade, de modo que possuem dificuldades em ter acesso a serviços básicos e essenciais a qualquer ser humano, como a saúde e a alimentação. Para Leal (2008), a exclusão social pode ser compreendida como um processo que abrange uma invisibilidade social e uma vulnerabilidade, ocorrendo quebra de laços sociais, não acesso a recursos materiais e uma desqualificação do indivíduo. Em complemento, Escorel (em Leal, 2008) caracteriza a exclusão social

[...] não só pela extrema privação material mas, principalmente, porque essa mesma privação material ‘desqualifica’ seu portador, no sentido de que lhe retira a qualidade de cidadão, de brasileiro (nacional), de sujeito e de ser humano, de portador de desejos, vontades e interesses legítimos que o identificam e diferenciam. A exclusão social significa, então, o não encontrar nenhum lugar social, o não pertencimento a nenhum topos social, uma existência limitada à sobrevivência singular e diária. (p. 9)

Dentre os prejuízos encontrados na vida de um indivíduo em situação de rua, Escorel (em Leal, 2008) destaca uma ruptura de vínculos em cinco dimensões da existência humana. Na dimensão do trabalho, a crítica sobre o desemprego e trabalhos precários ocorre de maneira que a fragilização desta dimensão torna os indivíduos economicamente desnecessários. Na dimensão sociofamiliar, os núcleos de relações existentes dentro da sociedade – família, amigos, vizinhos, comunidade – acabam se fragilizando, levando o indivíduo ao isolamento e à solidão. Na dimensão da política, há a privação do dever do indivíduo de tomar atitudes e representações nessa esfera. Na dimensão das representações e relacionamentos com o outro, a fragilização opera a partir do preconceito, discriminação e estigmatização, ao ponto de um indivíduo ter sua humanidade negada por outro. Por fim, a dimensão humana refere-se à exclusão desta categoria de indivíduos dentro da humanidade (Leal, 2008).

Estudos realizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome apontam que cerca de 35,5% dos indivíduos em situação de rua trazem o uso de substâncias psicoativas como o motivo que os levaram a viver deste modo, seguido pelo desemprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%) (Ministério da Saúde, 2017). Entende-se que, como uma forma de pertencimento, os efeitos do uso de substâncias psicoativas, como sensações de poder, prazer, desinibição e euforia, favorecem a estratégia de sobrevivência nas ruas (Tilio, Vidotto & Galego, 2015), bem como exercem a função de minimizar os efeitos da fome e do frio (Diehl & Cordeiro, 2019). Desta forma, é importante oferecer formas de

cuidado, possibilitando a esses indivíduos a chance de ressignificar aspectos de suas vidas, para que seja possível exercer sua condição de ser humano na sua totalidade.

Princípios da Psicoterapia Familiar Sistêmica

O conceito de família vêm sofrendo transformações ao longo dos séculos. Na literatura clássica, família, ou um sistema de parentesco, é compreendido como um grupo de pessoas que vivem juntas e cooperam umas com as outras, inseridas em um conjunto de normas, práticas, padrões e comportamentos (Readcliffe-Brown, em Dias, 2006). Para Osório (1996), a família é uma unidade social repleta de tarefas de desenvolvimento, que possuem raízes universais. Na contemporaneidade, a família pode ser considerada um sistema composto por subsistemas, no qual funcionam de forma dinâmica e complexa (Celestino & Bucher-Maluschke, 2015), sendo o primeiro espaço de socialização de um indivíduo (Caravaca-Morera & Padilha, 2015). Conforme Osório (1996), a família possui um papel importante no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, apresentando algumas funções primordiais, as quais podem ser agrupadas em três categorias principais: funções biológicas, psicológicas e sociais. Ainda segundo o autor, a exposição a ambientes desfavoráveis bem como a carência de desfechos agradáveis no decorrer da infância aumentam as probabilidades do indivíduo desenvolver algum transtorno na vida adulta (Osório, 1996).

Entende-se que a família é o agente transmissor da cultura e o principal responsável pela consolidação da personalidade de cada indivíduo (Milani et al., 2006), assim, sendo o “primeiro sistema no qual um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais são vivenciados pela pessoa em desenvolvimento e cujas trocas dão base para o estudo do desenvolvimento do indivíduo” (Silva, Nunes, Betti & Rios, 2008, p. 216). Compostas por regras, normas, mitos, ritos, afetos e valores, a família constantemente realiza trocas com o meio em que está inserida, transformando, e ao mesmo tempo, sendo transformada pelo seu ambiente (Braun, Zanon & Halpern, 2014).

Para compreender os princípios da psicoterapia familiar sistêmica, em primeiro lugar, se faz necessário refletir sobre a psicologia sistêmica e o conceito de paradigma, que de acordo com Vasconcellos (2003), pode ser entendido como um conjunto de saberes que buscam uma forma de enxergar o mundo. O paradigma religioso predominou até o final da Idade Média, no qual acreditava que uma força divina era responsável por tudo e por todos. No fim do século XIX, o paradigma científico se consolidou através da teoria da evolução de Darwin (Vasconcellos, 2003). A explicação simplificada de causalidade linear, sem levar em consideração outros aspectos, ocasionou na perda da força deste paradigma, fazendo-se

necessário uma visão de mundo em que houvesse causa-efeito, de acordo com as interações que o indivíduo possui com o seu ambiente (Celestino & Bucher-Maluschke, 2015). Dessa forma, o paradigma sistêmico surge com o objetivo de analisar determinado fenômeno focando nas interações, compreendendo as relações como partes de sistemas e subsistemas (Vasconcellos, 2003).

Através do paradigma sistêmico, estudiosos começam a focar nas interações e a reconhecer as famílias não como sistemas fechados, e sim, como sistemas abertos, existentes dentro de um contexto específico no qual influenciam e são influenciados constantemente (Nichols & Schwartz, 2007). A partir da terapia familiar, na década de 50, a psicologia sistêmica passa a enfatizar o todo como maior do que a soma das partes, considerando a influência subjetiva da cultura e da linguagem no desenvolvimento de cada indivíduo (Vasconcellos, 2003). A psicoterapia familiar surge a partir de uma ótica sistêmica, percebendo o indivíduo como parte de um sistema maior e mais complexo, oferecendo uma abordagem de tratamento a fim de compreender o comportamento humano (Nichols & Schwartz, 2007). Mudar o foco do indivíduo para os padrões de seus relacionamentos significa enxergá-lo através de uma ótica sistêmica, transcendendo suas características separadas e passando a considerar, também, os membros familiares e as dimensões pessoais de sua experiência (Nichols & Schwartz, 2007). A psicoterapia familiar possui como principal objetivo a mudança de organização de uma família, no qual a vida de cada membro do sistema é afetada. Assim, mudanças ocorridas em um membro, conseqüentemente, afetará os demais (Nichols & Schwartz, 2007).

Dentre os principais princípios da psicoterapia familiar sistêmica, destaca-se o conceito de Cibernética, que pode ser entendido como o estudo da causalidade linear através de *feedbacks*. Vasconcellos (2003) traz em seu estudo o *feedback* como uma causalidade circular em que há uma interação dinâmica entre seus componentes, no qual o efeito é realimentado como causa. Existe o *feedback* positivo, no qual visa mudanças, e o *feedback* negativo, no qual procura recuperar a homeostase do sistema, ou seja, o estado original conhecido (Nichols & Schwartz, 2007). Para Ackerman (1986), o termo “homeostase” refere-se “a capacidade de manter um funcionamento coordenado, efetivo, sob condições de vida constantemente alteráveis” (p. 78). Ainda segundo o autor, o princípio homeostático opera a nível mental e de organização grupal, ou seja, grupos tendem a retornar a sua forma original, apesar da contínua alteração de estímulos internos e externos (Ackerman, 1986). Assim, para que seja possível manter padrões de relacionamentos minimamente saudáveis dentro de um sistema, é necessário um equilíbrio entre *feedbacks* positivos e *feedbacks*

negativos, sendo necessário que o sistema familiar possa mudar, crescer, aprender e se adaptar a novas realidades.

Salvador Minuchin, médico argentino, foi o responsável pela inauguração da Escola de Terapia Familiar Estrutural, que na década de 70, tornou-se o modelo mais influente e praticado na época (Nichols & Schwartz, 2007). Para Minuchin e Fishman (1990), as famílias são definidas como

[...] um grupo natural que ao longo do tempo desenvolveu estratégias de interação, que constituem a estrutura familiar, que por sua vez, rege o funcionamento dos membros da família, define sua gama de comportamentos e facilita sua interação recíproca. A família precisa de uma estrutura viável para realizar suas tarefas essenciais, ou seja, para apoiar a individuação de cada membro e proporcionar um sentimento de pertencimento. (p. 25)

Os autores também compreendem que o indivíduo, a família nuclear, a família extensa e a comunidade são um todo e uma parte ao mesmo tempo, pois constantemente interagem uns com os outros e fazem parte de um sistema mais amplo – a sociedade no geral. Cada *hólon* (parte de um todo) desdobra sua energia em favor de sua autonomia e autopreservação, estando mutuamente contidos em um processo contínuo de comunicação de inter-relação. Assim como o subsistema família pertence a um sistema mais amplo, cada indivíduo da família é um subsistema da mesma.

Carter e McGoldrick (2001) trazem as seis fases do ciclo de vida familiar, que consistem em (1) saindo de casa; (2) o novo casal; (3) família com filhos pequenos; (4) famílias com filhos adolescentes; (5) lançando os filhos e seguindo em frente; (6) famílias no estágio tardio da vida. É dentro desse ciclo evolutivo que os subsistemas são formados. O subsistema conjugal (Fase 2) se inicia no momento em que duas pessoas decidem comprometer-se uma com a outra. Nesta fase da vida, o casal elabora acordos e regras para equilibrar as diferenças existentes entre ambos, de modo que seja possível manter um relacionamento saudável (Nichols & Schwartz, 2007; Sattler, Eschiletti, Bem, Schaefer, 1999). O subsistema parental (Fase 3) inicia a partir do momento que o casal tem um filho, e é caracterizado pela adaptação em aceitar um novo membro no sistema, necessitando realinhar questões que antes já estavam definidas. (Nichols & Schwartz, 2007). O subsistema fraternal é constituído quando o casal possui mais de um filho, estabelecendo um laço afetivo entre irmãos. Para Silva et al. (2008), o subsistema fraternal constitui-se como a mais duradoura dos relacionamentos familiares, muito importante para o desenvolvimento dos indivíduos como um todo.

É importante destacar que as fases do ciclo familiar não se aplicam a todos os indivíduos, necessariamente, na ordem apresentada. As novas configurações familiares estão presentes na contemporaneidade, no qual observam-se uma diversidade de famílias, além da tradicional, que vivenciam o ciclo familiar da sua própria maneira (Nichols & Schwartz, 2007). Dentre essas novas configurações familiares, destaca-se as famílias monoparentais, em que apenas um dos pais assume a parentalidade, seja decorrente de divórcios ou de situações externas, como a morte de um deles; famílias homoparentais, em que os filhos são criados por um casal homoafetivo; famílias reconstituídas, no qual os pais vivenciam um recasamento, unindo ambas as partes das famílias, e casais sem filhos, que optam por maior independência e decidem viver sozinhos (Dessen & Polonia, 2007).

A partir destes subsistemas, independentemente de qual seja a sua configuração, percebe-se o modo como a família se relaciona, construindo, assim, sua estrutura, que refere-se ao padrão em que os membros da família interagem uns com os outros, incluindo regras, expectativas, repetições de atitudes e padrões mais duradouros existentes dentro do subsistema (Minuchin & Fishman, 1990; Nichols & Schwartz, 2007). A estrutura de uma família é tão singular quanto a personalidade de cada indivíduo, e para o entendimento da organização da estrutura familiar, se faz necessário compreender suas fronteiras, comunicação e padrões disfuncionais (Minuchin & Fishman, 1990).

As famílias podem desempenhar diversos papéis dentro do subsistema, muitas vezes, esses papéis exigindo fronteiras diferentes para cada situação (Nichols & Schwartz, 2007). As fronteiras são definidas como “barreiras invisíveis que regulam o contato com os outros” (Nichols & Schwartz, 2007, p. 184), e podem ser rígidas a difusas (Minuchin & Fishman, 1990). As famílias com fronteiras rígidas são excessivamente restritivas e permitem pouco contato com outros subsistemas, resultando em indivíduos independentes, mas isolados, ocorrendo um desligamento afetivo entre seus membros. Por outro lado, famílias com fronteiras difusas, ou emaranhadas, fornecem sentimentos de apoio mútuo e possuem uma forte ligação entre seus membros, entretanto, à custa da autonomia, uma vez que os filhos de subsistemas emaranhados tendem a tornarem-se indivíduos dependentes e com dificuldades em relacionar-se com outras pessoas. Por sua vez, as famílias com fronteiras claras fornecem apoio e independência, estabelecendo uma estrutura hierárquica e de respeito mútuo entre os subsistemas (Nichols & Schwartz, 2007).

Outro conceito importante é a comunicação, compreendido como padrões de interação mediados pela linguagem, que produzem e partilham significados (Vasconcellos, 2003). A comunicação é vista como um fator determinante na manutenção ou redução de um problema, assim, entende-se que, mudando padrões de comunicação dentro de um

sistema, torna-se possível a interrupção de *feedbacks* viciosos (Weakland, Fisch, Warzlawick & Bodin em Nichols & Schwartz, 2007). A Teoria da Comunicação Humana engloba três aspectos principais: a sintaxe, a semântica e a pragmática.

A sintaxe se refere à transmissão da informação; a semântica está relacionada ao significado dos símbolos; e a pragmática diz respeito aos aspectos comportamentais da comunicação. (Gomes, Bolze, Bueno & Crepaldi, 2014, p. 12)

Desta forma, a comunicação não diz respeito somente ao compartilhamento verbal de mensagens, e sim, às manifestações não-verbais e à influência que exerce no comportamento dos indivíduos (Gomes et al., 2014). Na psicoterapia familiar sistêmica, a comunicação é vista como um padrão existente dentro da estrutura da família, e o modo como é compartilhado afeta diretamente os membros do sistema (Nichols & Schwartz, 2007).

Nos pressupostos da psicoterapia familiar sistêmica, os sintomas da família são manifestados através do “paciente identificado” – ou “bode expiatório” - que representa os valores, crenças, comunicação e estrutura daquela família. Acredita-se que os sintomas do paciente identificado sejam um reflexo dos padrões disfuncionais daquela família. Desta forma, o foco é direcionado na estruturação dos comportamentos familiares, e para que mudanças sejam possíveis, é necessário trabalhar com todo o sistema a fim de modificar esses padrões (Nichols & Schwartz, 2007).

Ao pensar na dependência química e no sistema familiar, entende-se que a família agrega diversos aspectos que podem favorecer a promoção de saúde de todos os seus membros, oferecendo um espaço para transformações (Maciel, Zerbetto, Filizola, Dupas & Ferreira, 2013), ou o contrário, expondo-os em situações de vulnerabilidade (Malta et al., 2014). Na perspectiva sistêmica, é necessário compreender que há uma relação interdependente entre paciente x problema x família, o que significa dizer que o membro dependente químico, que está desempenhando o papel de paciente identificado dentro do sistema, acaba por impactar a vida dos outros membros da família, da mesma forma que a família também exerce interferências no modo do usuário agir e sentir, proporcionando cuidados ou ameaças, amparo ou desamparo (Payá, 2019). Desta forma, a família é o primeiro sistema afetado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas de um de seus membros (Maciel et al., 2013).

A literatura aponta como uma tarefa delicada tentar definir padrões de comportamentos e disfuncionalidades em famílias de dependentes químicos, visto que cada sistema familiar é único e possui sua própria estrutura e características. Em 1985, Stanton e Todd (em Payá, 2019) definem as características de famílias de usuários de drogas como

(1) alta frequência de drogas e dependência multigeracional; (2) expressão rudimentar e direta do conflito familiar com parcerias entre os membros, de modo explícito; (3) mães com práticas simbióticas quando os filhos são crianças, que se estendem por toda a vida; (4) coincidência de mortes prematuras não esperadas na família, (5) tentativas dos membros de se diferenciarem entre si, como uma pseudoindividualização, mas de modo frágil, em virtude das regras e dos limites que deveriam ordenar o funcionamento e, no entanto, estão distorcidos. (p. 280)

Entretanto, embora esses fatores possam vir a ter alguma influência na dependência química, não é uma regra a ser seguida, uma vez que problemas dessa ordem podem ocorrer com qualquer família. Fatores socioculturais, o ciclo de vida familiar e os fatores relacionados às novas configurações familiares também podem contribuir para o surgimento da dependência química no sistema familiar (Payá & Figlie, 2004).

MÉTODO

Delineamento

A pesquisa foi realizada a partir do delineamento qualitativo de cunho exploratório/interpretativo. A pesquisa é qualitativa, pois facilita estudar o sentido de um conteúdo na especificidade de seus elementos e das relações entre eles, permitindo a reflexão e visando compreender os seus significados (Laville & Dionne, 1999). A pesquisa exploratória visa desenvolver e modificar conceitos, a fim de formular hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (Gil, 1999). O método interpretativo possibilita uma análise ampla dos dados estudados, a partir das relações com conhecimentos disponíveis pelo pesquisador (Gil, 1999).

Fontes

As fontes utilizadas para a construção da pesquisa foram artigos científicos, buscados em bases de dados como o Scielo, Bvpsi, Pepsic e Portal de Periódicos do CAPES e dissertações buscadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), no período de 2010 a 2020, e livros disponíveis na Biblioteca Central da Universidade de Caxias do Sul, além de livros e *e-books* do acervo pessoal, buscados no período de 1986 a 2020. A pesquisa bibliográfica é constituída, principalmente, através de artigos científicos e livros, proporcionando uma vasta possibilidade de investigar determinado fenômeno (Gil, 1999). Os descritores utilizados foram: “dependência química”, “dependente químico”, “drogas”, “situação de rua”, “moradores de rua”, “psicoterapia familiar”, “psicologia sistêmica”, “família” e “relações familiares”. Esses descritores também foram buscados na língua inglesa e na língua espanhola.

As referências utilizadas para a construção da síntese foram: Ackerman (1986); Alvarez, Gomez e Xavier (2014); Bortolon et al. (2016); Caravaca-Morera e Padilha (2015); Carter e McGoldrick (2001); Gomes et al. (2014); Maciel et al. (2013); Medeiros et al. (2013); Minuchin e Fishman (1990); Narvaez (2010); Nichols e Schwartz (2007); Oliveira (2016); Payá (2019); Seleguim (2016); Silva (2012); Tilio, Vidotto e Galego (2015) e Vasconcellos (2003).

Instrumentos

Para o fichamento das informações coletadas, foi elaborada a ficha de documentação, dividida em título do artigo ou capítulo de livro, referência e demais aspectos relevantes do estudo.

Procedimentos

- Busca de artigos e dissertações nas bases de dados, no Portal de Periódicos da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), utilizando os descritores especificados;
- Busca de livros no acervo pessoal e na Biblioteca Central da Universidade de Caxias do Sul;
- Leitura exploratória das fontes selecionadas;
- Preenchimento da ficha de documentação com as informações das fontes selecionadas;
- Elaboração de uma síntese integradora.

Referencial de Análise

Optou-se pela elaboração de uma síntese integradora como referencial de análise. Para Lima e Miotto (2007), esse tipo de produção é “o produto final do processo de investigação, resultante da análise e reflexão dos documentos. Compreende as atividades relacionadas à apreensão do problema, investigação rigorosa, visualização de soluções e síntese” (p. 41). A síntese integradora permite a reflexão a partir dos dados já apresentados no referencial teórico, buscando uma interpretação crítica sobre o assunto a fim de solucionar o problema de pesquisa apresentado e os objetivos propostos (Lima & Miotto, 2007).

Para Salvador (1978), a síntese integradora visa organizar, integrar e coordenar os itens apresentados no trabalho, possibilitando a reformulação de ideias. Nessa pesquisa, buscou-se identificar possíveis implicações do sistema familiar em indivíduos dependentes químicos em situação de rua.

SÍNTESE INTEGRADORA

Conforme exposto anteriormente na revisão de literatura, a família é o primeiro sistema afetado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas de um de seus membros, gerando um desequilíbrio em toda a sua estrutura, comprometendo os vínculos, os laços afetivos e a segurança de todo o sistema familiar (Maciel et al., 2013). É possível identificar que a família possui um papel importante na vida desses indivíduos, no que diz respeito a socialização e consolidação da personalidade, mas que, por diversos fatores já existentes no sistema familiar, como a vulnerabilidade social, precariedade, desemprego, preconceito e estigmatização, bem como a fragilização das relações, os vínculos da família com o membro dependente químico acaba por ser progressivamente rompido, ao ponto dos mesmos tornarem-se moradores de rua.

Além dos prejuízos encontrados na vida do próprio indivíduo dependente químico em situação de rua, as consequências dessa situação interferem diretamente em seu contexto familiar, causando uma desagregação familiar e um intenso sofrimento (Alvarez et al., 2014). A literatura aponta que sentimentos como medo, vergonha, remorso, culpa, raiva, impaciência e impotência são comumente sentidos por familiares de dependentes químicos em situação de rua. Fatores como dificuldades financeiras, adoecimento físico e psíquico e violência psicológica também aparecem como fatores impactantes no sistema familiar destes indivíduos (Maciel et al., 2013; Caravaca-Morera & Padilha, 2015).

Os pais do paciente identificado tendem a reconhecer o indivíduo dependente químico em situação de rua como o responsável pelo fracasso do exercício parental. Para eles, o sentimento de culpa é intensificado, e a sobrecarga emocional e física evidenciam todo o sofrimento vivenciado pela família. Nesse sentido, para os pais, ver um filho vivendo nas condições atuais precárias, reforça, mais uma vez, a possível falha no sistema familiar (Medeiros, Maciel, Sousa, Tenório-Souza & Dias, 2013). Além disso, o mecanismo de negação também é um fator comum experienciado por esses familiares (Payá, 2019), ocorrendo a omissão de sentimentos e pensamentos, o que acaba contribuindo para a manutenção da conduta.

Carter e McGoldrick (2001) trazem quatro estágios principais vivenciados pela família de um dependente químico, sendo o primeiro estágio a tendência a minimizar a situação e/ou evitar o assunto; o segundo estágio no qual ocorre o isolamento social da família, em que todas as interações se organizam em torno da dependência química; o terceiro estágio ocorrendo a mudança brusca de comportamento dos membros familiares, no qual as tentativas de controlar o uso abusivo são falhas; e por último, o quarto estágio, no

qual as responsabilidades são retiradas do paciente identificado, este não sendo mais considerado como um indivíduo responsável, ocorrendo a sobrecarga de responsabilidades em cima de um ou mais membros do sistema familiar.

No momento que o dependente químico está em situação de rua, além de todos os estágios já vivenciados anteriormente, o sentimento de ambivalência é intensificado, na medida em que há a fragilização dos vínculos ao mesmo tempo em que há a tentativa de aproximação, em momentos em que familiares procuram o indivíduo em situação de rua para saber de notícias, entregar algumas roupas ou pertences, ou simplesmente tentar convencê-lo a voltar para casa (Silva, 2012). Assim, apesar de todo o sofrimento vivenciado pela família, a mesma ainda se apresenta sob as mais variadas formas de representações, no qual o afeto se faz presente através desses breves encontros.

Quando pensa-se nesses indivíduos, questiona-se quais foram os acontecimentos de suas vidas que os levaram a chegar na situação atual, e quase sempre, envolve um discurso que remete às relações familiares, envolvendo conflitos, falhas de criação ou papéis mal desempenhados, sem se dar conta dos inúmeros fatores que contribuem para tal situação. Segundo Narvaez (2010), a exposição a ambientes e situações desfavoráveis, bem como maus tratos e traumas na infância e adolescência, podem contribuir para o uso abusivo de substâncias psicoativas, principalmente, pois afetam na manutenção dos sistemas de auto-regulação/homeostase do indivíduo, que permite o mesmo a tolerar situações aversivas. A busca pela liberdade e sensações de bem-estar experienciadas no primeiro uso, muitas vezes para lidar com os traumas e situações vivenciadas, dão lugar a um uso abusivo e descontrolado, afetando os padrões comportamental e emocional do sistema familiar (Carter & McGoldrick, 2001).

Interferências no ciclo de vida familiar do indivíduo contribuem significativamente para o desenvolvimento do uso abusivo de substâncias psicoativas, e posteriormente, a situação de rua. Uma sequência de eventos imprevisíveis e devastadores como a morte de algum familiar; divórcios ou traições; perda da guarda dos filhos; acidentes; traumas gerados no decorrer da vida ou simplesmente a frustração por não corresponder às expectativas sociais – são alguns dos fatores contribuintes para o desfecho desses indivíduos (Silva, 2012), necessários para tentar compreender o “viver nas ruas” em toda a sua complexidade.

Entende-se que, um indivíduo, ao atingir a vida adulta no ciclo de vida familiar, pode repetir um padrão antigo compactuado por sua família, ou pode ir para um caminho completamente diferente, como uma forma de defesa e evitação dos problemas antes vivenciados (Ackerman, 1986). Um indivíduo que passa a infância e adolescência em um ambiente no qual outras pessoas fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, pode tornar-

se um adulto e compartilhar das mesmas experiências, bem como, pode afastar-se da situação que vivenciou no passado (Oliveira, 2016).

O fator da vulnerabilidade também contribui para o uso abusivo de substâncias psicoativas e a situação de rua, no qual acaba expondo as fragilidades de muitas famílias, muitas vezes, exigindo que o paciente identificado assuma um papel que não é o seu. Famílias que vivem em situação de vulnerabilidade, agravada pela crise econômica, o desemprego e situações de risco, tendem a tornarem-se codependentes uns dos outros para sua sobrevivência (Oliveira, 2016). Assim, papéis confusos e não definidos, como um filho que faz papel de mãe, cuidando do irmão mais novo; ou um filho que faz papel de pai, trabalhando precocemente, não diz respeito somente aos padrões disfuncionais presentes no sistema familiar, mas sim, envolvem aspectos mais amplos e complexos, como todo o desamparo social existente em famílias em vulnerabilidade (Seleguim, 2016). É possível pensar que um indivíduo em situação de rua representa a vulnerabilidade de um sistema familiar vítima de uma sociedade desigual e privativa, representando o estado mais real e cruel da exclusão social.

Apesar de toda a fragilização dos laços afetivos de um dependente químico em situação de rua, é evidente que os valores e crenças ligados à família ainda se mostram presentes nas relações tecidas nas ruas. Como uma estratégia de sobrevivência, a “família de rua” é formada a partir de experiências compartilhadas e companheirismo em situações de risco, embora não exclua a necessidade de vínculos e conexões humanas. A não-exclusão do que foi aprendido na família de origem resulta na constituição de novos vínculos que remetem, de alguma forma, aos de origem familiar, tanto no que diz respeito à organização interna da “família de rua” quanto na distribuição de papéis e vínculos afetivos (Silva, 2012; Oliveira, 2016). A relação estabelecida na “família de rua” é baseada em trocas e gestos de solidariedade, entretanto, são rompidas com a mesma rapidez que foram constituídas, a partir do momento que surgem novos percursos, novas estratégias, novas necessidades (Silva, 2012). A fluidez no qual essas novas relações percorrem, evidencia uma carência de apoio e proteção mútua, que muitas vezes, não pode ser encontrada nas relações rasas estabelecidas nas ruas.

Minuchin e Fishman (1990) trazem que, para ter uma visão sistêmica do problema, se faz necessário ir para além do indivíduo, e sim, incluir todo o núcleo familiar e a comunidade. O uso abusivo de substâncias psicoativas e a ida do indivíduo para as ruas, não se dá em função de um ou dois aspectos, mas sim, desenrola-se a partir do modo como a comunicação, estrutura, valores e relações foram constituídas ao longo da vida do indivíduo.

O modo como as fronteiras funcionam dentro do sistema familiar possui implicações diretas em indivíduos dependentes químicos em situação de rua. Famílias que possuem fronteiras rígidas são excessivamente restritivas e permitem pouco contato com outros subsistemas, resultando em indivíduos independentes mas afetivamente desligados (Nichols & Schwartz, 2007), o que poderia explicar um indivíduo dependente químico em situação de rua, no qual, apesar de, muitas vezes, ter um afeto pelos seus familiares, sentem-se independentes e livres para enfrentar os desafios das ruas, longe dos padrões impostos pelos familiares e pela sociedade em si. Assim, indivíduos frutos de fronteiras rígidas possuem dificuldades em conectar-se com os outros e demonstrar sentimentos, sentindo-se melhores quando estão sozinhos.

Por outro lado, famílias com fronteiras difusas ou emaranhadas também podem contribuir para um indivíduo dependente químico em situação de rua, na medida em que as relações são complexas e os papéis são confusos, não ficando clara a função de cada membro da família. Famílias difusas, muitas vezes, misturam os papéis, depositando aos filhos responsabilidades que não cabe a eles, ocasionando dificuldades em estabelecer regras e figuras de autoridade. Indivíduos frutos de famílias difusas tendem a ser dependentes e carentes de vinculação afetiva (Nichols & Schwartz, 2007). É possível pensar que, quando um indivíduo não encontra afeto, valores ou normas dentro do próprio sistema familiar, ele tende a procurar esses aspectos por meio de diferentes formas, como por exemplo, o uso de substâncias psicoativas. A dependência acentuada pelas fronteiras difusas podem transformar-se em uma dependência química, e posteriormente, levar à vivência nas ruas.

Ambas extremidades são tidas como disfuncionais (Nichols & Schwartz, 2007), dificultando uma convivência familiar minimamente saudável e impedindo o rompimento da homeostase familiar, necessária para que haja crescimento, mudanças e adaptações (Ackerman, 1986). Uma família, ao possuir um membro dependente químico em situação de rua, se depara com o sistema familiar ameaçado, e portanto, busca manter sua estabilidade através da homeostase. Com a homeostase familiar instalada, o sistema familiar alimenta as relações através do *feedback* negativo, no qual, ambos os familiares e o membro dependente químico em situação de rua, se envolvem em comportamentos mutuamente mal-adaptativos e destrutivos (Bortolon et al., 2016), corroborando na manutenção da situação-problema. O *feedback* negativo pode ocorrer através da negação do problema e da recusa a procurar ajuda, bem como através da falta de manejo no que diz respeito a comunicação vivenciada e compartilhada por ambos.

Os padrões de comunicação desenvolvidos dentro do sistema familiar, muitas vezes, tornam-se disfuncionais, afetando todos os membros do sistema (Vasconcellos, 2003). O

modo como a comunicação é compartilhada, seja através de mensagens verbais quanto não-verbais, acabam reforçando e estimulando o que está sendo dito ou feito (Gomes et al., 2014). É possível pensar que, em uma família no qual um ou mais membros fazem uso de alguma substância psicoativa, mas ao mesmo tempo, trazem uma mensagem verbal sobre os prejuízos identificados ou a importância de manter-se longe das drogas, acaba transmitindo uma comunicação contraditória, a partir do momento em que a mensagem verbal é oposta à mensagem não-verbal, ou seja, o comportamento.

Estudos mostram que a grande maioria de indivíduos dependentes químicos em situação de rua, que ainda possuem uma família de origem, acabam retornando às suas casas, mesmo que de forma transitória, ou acabam encontrando esporadicamente com seus familiares, seja na rua ou em outros locais (Seleguim, 2016). Nessas idas e vindas, seja para buscar dinheiro ou pertences, a comunicação disfuncional com seus familiares apenas reforça o voltar para as ruas. Uma vez que a comunicação não-verbal também é vista como uma comunicação, entende-se que não existe o não-comunicar (Nichols & Schwartz, 2007). Apesar dos sentimentos ambíguos, e muitas vezes, do silêncio compartilhado nesses breves encontros, pode-se pensar que a mensagem transmitida diz muito: o apelo emudecido dos familiares para que o membro dependente químico volte para casa; as lembranças carinhosas e ressentidas; o desejo dos familiares de tirarem o membro das ruas, mas sem saber como agir; as memórias de uma trajetória uma vez vivenciada.

Entende-se que os familiares possuem um importante papel no processo de recuperação de um dependente químico, podendo buscar ajuda nos serviços especializados para este público (Payá, 2019). O engajamento da família pode auxiliar o membro dependente químico, na medida em que o mesmo sente-se acolhido e protegido (Maciel et al., 2013). Tilio, Vidotto e Galego (2015) identificaram em seus estudos que, para o indivíduo dependente químico em situação de rua, a fala sobre sua família vêm carregada de afeto, sentimentos de abandono e decepção, bem como um sentimento de ambiguidade, pois, ela afasta-o, ao mesmo tempo que é vista como uma possibilidade de reconstrução e redenção. É fundamental que todo o sistema familiar possa ser incluído no tratamento de um dependente químico em situação de rua, de modo a ser trabalhado os vínculos familiares, a comunicação e toda sua estrutura familiar (Payá, 2019). Na medida em que esses aspectos forem trabalhados, a interrupção de *feedbacks* viciosos e padrões disfuncionais de comunicação tornam-se possíveis, possibilitando uma reaproximação e fortalecimento de vínculos.

Assim, ao compreender como se dão as relações, fronteiras, comunicação e padrões disfuncionais do sistema familiar de um dependente químico em situação de rua, é possível

aproximar-se da estrutura da família. Nesse sentido, no bojo das relações estabelecidas entre um indivíduo dependente químico em situação de rua e sua família, é importante ressaltar o que Nichols e Schwartz (2007) trazem: não há vítimas ou pessoas boas e más, mas sim, uma série de movimentos e contramovimentos circulares que corroboram na manutenção da situação-problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou identificar possíveis implicações do sistema familiar em indivíduos dependentes químicos em situação de rua. Para atingir o objetivo, foi necessário conceituar dependência química, caracterizar pessoas em situação de rua e apresentar princípios da psicoterapia familiar sistêmica.

A partir do que foi exposto na pesquisa, acredita-se que os objetivos foram alcançados, pois foi possível refletir acerca das possíveis implicações do sistema familiar em indivíduos dependentes químicos em situação de rua, relacionando com conceitos da psicoterapia familiar sistêmica. Conclui-se que o modo como as relações familiares se estabelecem possui impacto no uso abusivo de substâncias psicoativas e posteriormente, na situação de rua, pois agregam fatores importantes como a comunicação, fronteiras e *feedbacks*, que contribuem na manutenção da situação-problema. Ademais, foi possível refletir acerca das diversas formas de representações no qual a família se faz presente, mesmo sob condições precárias e circunstâncias difíceis, reforçando que a família é o primeiro e mais poderoso sistema de um ser humano, transformando, e ao mesmo tempo, sendo transformada pelo seu ambiente e suas interações.

No que refere-se às limitações, houve dificuldades no trabalho, como a escassez de artigos científicos que englobassem ambos a dependência química e a situação de rua; a dispersão do enfoque nos estudos encontrados e a falta de dados estatísticos atualizados sobre a população em situação de rua. Acredita-se que uma pesquisa nacional acerca desse público seria de grande importância para futuros trabalhos na área.

Ao realizar essa pesquisa, foi possível evidenciar a importância de futuros estudos relacionados à indivíduos dependentes químicos em situação de rua, bem como estudos acerca da família desses indivíduos e a contribuição da psicoterapia familiar sistêmica para a ressocialização e reconstrução de vínculos afetivos desse público.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Tradução técnica: Maria Cristina R. Goulart. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alvarez, S. Q., Gomez, G. C. & Xavier, D. M. (2014). Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. *Revista de Enfermagem – UFPE*, 8(3), 641-648. DOI: 10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201419
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bortolon, C. B., Signor, L., Moreira, T. C., Figueiró, L. R., Benchaya, M. C., Machado, C. A. & Ferigolo, M. et al. (2016). Funcionamento familiar e questões de saúde associados com codependência em familiares de usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 101-107. DOI: 10.1590/1413-81232015211.20662014
- Braun, L. M., Zanon, L. L. D. & Halpern, S. C. (2014). A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 15(2), 122-140.
- Caravaca-Morera, J. A. & Padilha, M. I. (2015). A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. *Saúde em Debate*, 39(106), 748-759. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030015
- Carter B. & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Tradução técnica: Maria Adriana Veríssimo Veronese. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Maftum, M. A., Kalinke, L. P. & Mantovani, M. F. (2013). Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 468-474. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33556>
- Celestino, V. R. R. & Bucker-Maluschke, S. S. (2015). Um novo olhar para a abordagem sistêmica na psicologia. *FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão*, 18(3), 318-329.
- Dessen, M. A., & Polonia, A. C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17(36), 21-32. DOI: 10.1590/S0103-863X2007000100003
- Dias, M. L. (2006). *Famílias e terapeutas: casamento, divórcio e parentesco*. São Paulo: Vetor.

- Diehl, A. & Cordeiro, D. C. (2019). Outras populações. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 407-409). Porto Alegre: Artmed.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C. & Laranjeira, R. (2019). Álcool. . In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 92-108). Porto Alegre: Artmed.
- Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 1(18).
- Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde (2017), *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Gil, A. C. (1999). Análise e interpretação. In A. C. Gil, *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5ª ed.; pp. 168-186). São Paulo: Atlas. (Trabalho original publicado em 1987).
- Gomes, L. B., Bolze, S. D. A., Bueno, R. K. & Crepaldi, M. A. (2014). As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. *Pensando Famílias*, 18(2), 3-16.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). Das informações à conclusão. In C. Laville e J. Dionne, *A Construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro e F. Setinnero, Trad.; pp. 197-236). Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Leal, G. F. (2008). *Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporânea*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Leal, B. M. & Antoni, C. D. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, 40, 87-101.
- Lima, T. C. S. & Miotto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica [Versão Eletrônica]. *Katálisis*, 10, 37-45.
- Lima, H. S. & Seidl, E. M. F. (2015). Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 57-69. DOI: 10.4025/psicoestud.v20i1.24697
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontanele, M. G. & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. DOI 10.1590/S0104-12902017165827
- Maciel, L. D., Zerbetto, S. R., Filizola, C. L. A., Dupas, G. & Ferreira, N. M. L. A. (2013). Consequências e dificuldades da dependência química no âmbito familiar: uma revisão de literatura. *Revista de APS*, 16(2), 187-196.

- Malta, D. C., Campos, M. O., Prado, R. R., Andrade, S. S. C., Mello, F. C. M., Dias, A. J. R. & Bomtempo, D. B. (2014). Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 44-61. DOI: 10.1590/1809-4503201400050005
- Marcon, C., Silva, L. A. M., Moraes, C. M. B., Martins, J. S. & Carpes, A. D. (2012). Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea. *Disciplinarum Scientia*, 13(2), 247-263.
- Marques, A. C. P. R., Ramos, S. P., Ramos, F. P. & Lemos, T. (2019). A avaliação inicial: identificação, triagem e intervenção mínima para o uso de substâncias. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 51-59). Porto Alegre: Artmed.
- Matumoto, P. A. & Rossini, J. C. (2013). Avaliação das funções ativas e flexibilidade mental em dependentes químicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 339-345. DOI: 10.1590/S0102-79722013000200014
- Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Sousa, P. F., Tenório-Souza, F. M. & Dias, C. C. V. (2013). Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo*, 18(2), 269-279. DOI: 10.1590/S1413-73722013000200008
- Milani, D. S., Rodrigues, D. B. & Vicente, R. B. (2006). A importância da família e suas relações: um estudo de caso. *Psicologia Argumento*, 24(47), 29-34.
- Ministério da Saúde (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (Série B. Textos Básicos de Saúde). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). *Consultório na rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2017). *Campanha políticas de equidade para tratar bem de todos: saúde da população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Tradução técnica: Claudine Kinsch et al. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Narvaez, J. C. M. (2010). *Trauma infantil e função executiva em usuários de crack*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Negrão, A. B., Cordeiro, Q. & Vallada, H. (2019). Genética, genômica, epigenética e farmacogenética da dependência química. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 30-38). Porto Alegre: Artmed.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Tradução Técnica: Maria Adriana Veríssimo Veronese. (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, N. F. & Saldanha, N. (2019). Complicações clínicas comuns em dependentes químicos. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 464-480). Porto Alegre: Artmed.
- Oga, S. & Siqueira, M. P. B. (2008). Introdução à toxicologia. In S. Oga, M. M. A. Camargo & J. A. O. Batistuzzo (Orgs.), *Fundamentos de Toxicologia* (pp. 1-8). São Paulo: Ateneu.
- Olenira, C. & Simão, J. C. (2019). Dependência química: o impacto biopsicossocial na vida do indivíduo. *Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF*, 2(1).
- Oliveira, R. L. M. (2016). *Vida nas ruas: um estudo sobre as relações familiares da população em situação de rua e as políticas públicas*. Dissertação de Mestrado, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Brasil.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2007). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca.
- Osório, L. C. (1996). *A Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Payá, R. (2019). Terapia familiar e dependência química. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 278-284). Porto Alegre: Artmed.
- Payá, R. & Figlie, N. B. (2004). Abordagem familiar em dependência química. In N. B. Figlie, S. Bordin & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química* (pp. 339-357). São Paulo: Roca.
- Paz, F. M. & Colossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos em Psicologia*, 18(4), 551-558. DOI: 10.1590/S1413-294X2013000400002

- Perrenoud, L. O. & Ribeiro, M. (2019). Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 10-18). Porto Alegre: Artmed.
- Salvador, A. D. (1978). *Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica*. Porto Alegre: Sulina.
- Santos, I. M. S., Santiago, T. R. S., Oliveira, J. R. V., Lima, E. D. & Melo, M. R. A. (2017). Avaliação psicológica com usuários de substâncias psicoativas (SPA): uma revisão sistemática da literatura. *Revista do Departamento de Psicologia*, 2(1), 48-60. DOI: 10.17058/psiunisc.v2i2.10837
- Sattler, M. K., Eschiletti, L. L., de Bem, L. A., & Schaefer, M. (1999). O ciclo de vida do casal. *Pensando Famílias*, 1, 41-47.
- Schimith, P. B., Murta, G. A. V. & Queiroz, S. S. (2019). A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da psicologia brasileira. *Psicologia USP*, 30, 1-9. DOI: 10.1590/0103-6564e180085
- Seleguim, M. R. (2016). *A trajetória de usuários de crack para a situação de rua na perspectiva de familiares*. Tese de Doutorado não publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil.
- Serafino, I. & Luz, L. C. X. (2015). Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. *Revista Katálysis*, 18(1), 74-85.
- Silva, N. C. B., Nunes, C. C., Betti, M. C. M. & Rios, K. S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215-229.
- Silva, T. L. (2012). Casa, rua e a fluidez de suas fronteiras: diálogos etnográficos e reflexivos sobre o fenômeno “população em situação de rua”. *Editora da UFPEL*, 9(17/18), 67-87
- Silva, S. A. (2013). População em situação de rua no Rio de Janeiro: novos tempos, velhos métodos. *Psicologia Política*, 13(27), 337-350.
- Silva, M. S., Souza, M. P., Chaves, F. B., Meireles, E. & Cardoso, R. O. (2019). Comorbidades psiquiátricas desenvolvidas mais frequentemente aos dependentes químicos – revisão bibliográfica. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 2(4), 208-212.
- Tilio, R., Vidotto, L. T. & Galego, P. S. (2015). Medos e expectativas de usuários de drogas em situação de rua. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 16(2), 75-87.
- Tondin, M. C., Neta, M. A. P. B. & Passos, L. A. (2013). Consultório de rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, 22(49/2), 485-501.

- Valério, A. L. R. & Nascimento, W. F. (2017). Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(2), 63-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2677>
- Vasconcellos, M. J. E. (2003). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. São Paulo: Papirus.
- Wijk, L. B. V. & Mângia, E. F. (2019). Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3357-3368. DOI: 10.1590/1413-81232018249.29872017