




Estratégias de enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

encontrografia



Estratégias de enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

encontrografia

Copyright © 2021 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização dos autores e/ou organizadores.

Editor científico

Décio Nascimento Guimarães

Editora adjunta

Gisele Pessin

Coordenadoria técnica

Gisele Pessin

Fernanda Castro Manhães

Design

Carolina Caldas

Foto de capa: Carolina Caldas

Gestão administrativa

Ana Laura dos Santos Silva

Bibliotecária

Juliana Farias Motta – CRB7/5880

Assistente de revisão

Eliana da Silva Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L879e Lóss, Juliana da Conceição Sampaio
Estratégias de enfrentamento de familiares de adictos frente à
recaída / Juliana da Conceição Sampaio Lóss. – Campos dos Goytacazes
(RJ): Encontrografia, 2021.

160 p.

ISBN: 978-65-88977-28-6

1. Viciados em drogas - Relações com a família. 2. Abuso de substâncias
- Pacientes - Relações com a família. 3. Jovens - Uso de drogas. 4. Drogas -
Abuso - Prevenção. 5. Pais e adolescentes. 6. Psicoterapia familiar. I. Título

CDD 155.5
362.29

encontrografia

Encontrografia Editora LTDA
Av. Alberto Torres, 371 - Sala 306 - Centro - Campos dos Goytacazes - RJ
28035-581 - Tel: (22) 2030-7746
www.encontrografia.com
editora@encontrografia.com

Comitê científico/editorial

- Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)
- Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)
- Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)
- Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)
- Prof. Dr. Daniel González – UNIVERSIDAD DE GRANADA – (ESPAÑA)
- Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)
- Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)
- Prof^a. Dr^a. Fabiana Alvarenga Rangel – UFES (BRASIL)
- Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – UNIR (BRASIL)
- Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho – UFSC (BRASIL)
- Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon – FAFIA (BRASIL)
- Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes – UFRPE (BRASIL)
- Prof. Dr. Javier Vergara Núñez – UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)
- Prof. Dr. José Antonio Torres González – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)
- Prof. Dr. José Pereira da Silva – UERJ (BRASIL)
- Prof^a. Dr^a. Magda Bahia Schlee – UERJ (BRASIL)
- Prof^a. Dr^a. Margareth Vetus Zaganelli – UFES (BRASIL)
- Prof^a. Dr^a. Marília Gouvea de Miranda – UFG (BRASIL)
- Prof^a. Dr^a. Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)
- Prof^a. Dr^a. Patricia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)
- Prof. Dr. Rogério Drago – UFES (BRASIL)
- Prof^a. Dr^a. Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)
- Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Dedico este livro a todas as famílias que têm sofrido com o problema das drogas em suas casas. Aos meus pacientes, à minha família e aos meus amigos.

Agradecimentos

A Deus, que me proporcionou a oportunidade de realizar esta obra e contribuir com a ciência e com a sociedade.

A todos aqueles que contribuíram para a realização deste sonho e que estiveram me encorajando e acreditando nesta proposta. Em especial, agradeço à Dr^a. Elena Stein Sparvieri, que sempre esteve presente compartilhando sua sabedoria para que finalmente eu chegasse ao meu objetivo.

À Dr^a. Ana Laura Parlato, que, desde o início, esteve presente com suas sábias palavras, não me deixou desanimar e me impulsionou a pesquisar mais e mais, tornando-se minha orientadora principal.

Ao meu esposo, Marcelo Lóss, e à Manuella Lóss, minha filha, por todo incentivo e compreensão nas intermináveis horas de estudo. Amo vocês!

À minha querida mãe, por todas as orações, incentivos e esforços para me dar apoio, o meu muito obrigada!

Aos familiares de adictos da Associação de Assistência Social Projeto Vida e da clínica Casa Vitória que participaram desta pesquisa e compartilharam suas histórias, confiando em meu trabalho.

À UCES, na pessoa do Sr. Dr. David Maldavsky (*in memoriam*), por sua capacidade de ensinar e conduzir estudos científicos em Psicologia de forma comovente, fui impactada!

À Dr^a. Susana Sneiderman, por sua coordenação e colaboração com este trabalho, e ao Dr. Luís Stopiello, pela excelência nas críticas em contribuição com esta obra.

Sumário

Prefácio	15
1	
Antecedentes do presente estudo	17
1.1 Interesse pelo tema Estratégias de enfrentamento dos familiares de adictos frente à recaída	20
1.2 A família do adicto adolescente diante da recaída	21
2	
Marco epistemológico	26
3	
Dependência química	30
3.1 Uso, abuso e dependência	34
3.2 O álcool e outras drogas	36
3.3 Recaída	40
3.4 A Psicologia Cognitivo-Comportamental	44
3.5 A Teoria de Aaron Beck	47
3.6 A psicologia cognitivo-comportamental na adicção às drogas	50
3.7 Drogas na adolescência	53

4

A família do adicto55

- 4.1 Modelo sistêmico de família 57
- 4.2 Codependência 60
- 4.3 A estrutura familiar e a influência na recuperação de DQ 61
- 4.4 A família como fator de risco ou de proteção para a recaída 64

5

Estratégias de enfrentamento 68

- 5.1 *Coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção 73

6

Marco conceitual75

- 6.1 Estado atual da arte 76
 - 6.1.1 Pesquisas sobre família de adictos 76
 - 6.1.2 Pesquisas sobre recuperação de adictos 79
 - 6.1.3 Pesquisas sobre recaída. 81
 - 6.1.4 Pesquisas sobre estratégias de enfrentamento 83
- 6.2 Conclusão e discussão do estado da arte 84
- 6.3 Delimitação do conceito de família 85
- 6.4 Delimitação do conceito de adolescência. 87
- 6.5 Delimitação do conceito de estratégias de enfrentamento 88
- 6.6 Delimitação do conceito de dependência química 90
- 6.7 Delimitação do conceito de recaída 91

7

Desenvolvimento empírico. 93

- 7.1 Problema de investigação 93
- 7.2 Objetivos 94
 - 7.2.1 Objetivos gerais 94
 - 7.2.2 Objetivos específicos. 94
- 7.3 Hipótese 95

8

Delineando a pesquisa. 96

8.1 Método	97
8.1.1 Desenho do estudo	97
8.1.2 Critérios de inclusão	98
8.2 População e amostra	98
8.2.1 Definição da população.	98
8.2.2 Determinação da amostra: amostra não probabilística	99
8.2.2.1 Descrição da amostra	99
8.3 Instrumentos	105
8.3.1 Validade do Inventário	106
8.3.2 Consistência interna	106
8.3.3 Verificação da confiabilidade.	107
8.4 Procedimentos	108
8.5 Análise de dados.	109
8.5.1 Análise Descritiva	109
8.5.2 Testes de Associação	109
8.5.3 Testes de Normalidade	110
8.5.4 Testes de diferença de médias	110

9

Resultados 111

9.1 Análise exploratória	111
------------------------------------	-----

10

Discussão dos resultados 137

10.1 Estratégias de enfrentamento e sua correlação com a classe social.	137
10.2 Estratégias de enfrentamento e sua correlação com o tempo de dependência.	139
10.3 Estratégias de enfrentamento e sua correlação com a quantidade de recaídas.	139

10.4 Limitações do estudo	143
Considerações finais	145
Referências	147
Anexo A	152
Anexo B	156
Anexo C	158
Anexo D	161

Prefácio

Com imensa felicidade, e também com certo grau de preocupação, dada a honra de prefaciara esta importante obra, fruto da pesquisa realizada pela autora em nível de tese de doutorado. Juliana não mediu esforços para fazer seu curso na UCES, renomada Universidade em Buenos Aires, e realizar a relevante pesquisa que apresenta nesta obra.

Como exímia pesquisadora e também com talentoso estilo linguístico, a autora brilhou com sua tese, pois o tema em pauta é ao mesmo tempo atual e polêmico, dada a grande incidência de familiares que vivem a problemática do uso de substâncias psicoativas por parte de seus entes queridos e familiares.

A obra nos apresenta estudos científicos realizados referentes ao tema e também minimiza a angústia daquelas famílias que não possuem resiliência e/ou estratégias para enfrentar as recaídas frente a seus familiares. Importante notar que a autora apresenta, de maneira clara e científica, como é possível superar as crises frente às recaídas em uso de substâncias psicoativas em relação a um ente querido.

Por fim, recomendo a leitura desta obra ao público em geral, aos profissionais da área da saúde e aos demais profissionais com o intuito da multidisciplinaridade de saberes.

Desejo sucesso à autora e uma ótima apreciação da obra a todos os leitores, e expresso minha gratidão pela oportunidade de prefaciara o livro, meu profundo respeito às famílias e seus entes queridos, que necessitam de empatia e orientação, e um fraternal abraço à Dr^a. Juliana da Conceição

Sampaio Lóss, autora da obra “Estratégias de enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída”.

Ana Laura Parlato

Psicóloga, neuropsicóloga formada pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, Escritora, membro da União Brasileira de Escritores, Doutora em Psicologia Clínica pela UCES - Buenos Aires.

1

Antecedentes do presente estudo

Em uma perspectiva histórica, as drogas e a dependência química, enquanto conceitos, são relativamente novas, entretanto o consumo de drogas e substâncias psicoativas já existe há milênios e, assim, problemas relacionados ao uso sempre existiram (Perrenoud e Ribeiro *in* Diehl *et al.*, 2011).

Os autores supracitados descrevem que uma das primeiras descrições que relacionava o álcool ao uso abusivo e indevido fora feita por Aristóteles no século IV a. C. Este relatou que a virtude em beber se dava em encontrar o equilíbrio entre estar sóbrio e exagerar no uso e ainda denominou vício o uso extremado de substâncias.

Perrenoud e Ribeiro *in* Diehl *et al.* (2011) elucidam que, na Bíblia, também foi possível observar relatos pertinentes ao álcool e uso exagerado. Na literatura médica, no ano 385 a.C., Hipócrates descreve o uso do álcool como sendo um fator predisponente à doença, associando-o a sintoma importante como o *Delirium Tremens*. O poeta Inglês Geoffrey Chaucer, no século XIV, relatou que o álcool levaria o sujeito à perda de controle por seus atos.

Aristóteles considerava o ato de beber exageradamente uma opção de cada um e cada sujeito deveria responder por suas ações. Tal concepção permaneceu por longos períodos até que o excesso passou a ser considerado pecado, por forte influência da Igreja (Perrenoud & Ribeiro *in* Diehl *et al.*, 2011).

Verifica-se que a disponibilidade de bebidas era limitada, uma vez que não havia produções em larga escala. O consumo ocorria em festas e rituais religiosos, todavia, com o advento da destilação, com os avanços das

grandes navegações, surgiram as bebidas com altas concentrações de álcool, 30 a 70%, e o consumo passou a ser abusivo e intenso. Após a Revolução Industrial, surgiram os fármacos. O inchaço das cidades, o aumento das populações e as situações de desemprego fortaleceram o consumo de álcool, opiáceos e cocaína (Perrenoud & Ribeiro in Diehl *et al.*, 2011).

Os estudos relacionados à família de adictos na situação da recaída são escassos. Nesse contexto, percebe-se que o problema da adicção ao álcool e outras drogas tem tido crescimento em nível mundial. Muitos são os estudos voltados para o adicto e relacionados à prevenção e ao tratamento, todavia ainda são poucos os estudos que exploram a relação da família e suas estratégias de enfrentamento na situação de recaída.

A família do adicto, segundo Paya (2011), pode ser compreendida como um cenário de risco ou de proteção frente à demanda complexa do abuso de drogas. Esse entendimento se sustenta, pois as pessoas que usam drogas estão inseridas em um contexto em que suas crenças, valores, emoções e comportamentos influenciam no comportamento dos membros da família. Destarte, a família faz parte de uma rede de apoio do paciente a qual pode oferecer um cenário propício e significativo para ressignificação e mudanças ou mesmo resolução de problemas, especialmente quando se trata da prevenção de recaídas.

Paya, como citado em Miller e Willbourne (2011), destaca que a melhor forma de tratar o adicto seria incluindo um componente social e, neste ínterim, seria a família a pedra angular para início do processo de mudança do usuário e, ainda, a forma para prevenir outros membros.

Paya, como citado em Edwards e Steinglass (1995) e Stanton e Shadish (2011), em seus estudos de meta-análise, elucida que a família contribui para engajar o paciente e manter o engajamento, além de proporcionar melhora no tratamento e funcionamento familiar, permitindo a redução do impacto da dependência e seus danos, especialmente danos psicológicos nos familiares (filhos).

Com grande destaque, pode-se afirmar que a família tem papel relevante no enfrentamento da dependência química. Ela pode funcionar como apoio, junto às outras medidas adotadas, prevenindo recaídas e amenizando danos.

O problema das drogas deve ser encarado com seriedade especialmente a adição ao álcool e a outras drogas como cocaína, maconha e crack. Essas substâncias têm sido alvo de estudos e constituem uma discussão bastante ampla que envolve muitas questões abraçando o aspecto social, as políticas públicas, o tráfico, a educação e a questão psíquica. Todos esses aspectos serão abordados neste estudo. Eles são de extrema importância no que se refere aos familiares do adicto a drogas.

O tema adição é muito instigante, é um assunto que vem causando polêmicas e buscas de estratégias que possam solucionar o problema ou amenizar a situação e, para tal, é preciso passar pelo entendimento do que é a droga e suas diferentes categorias.

Baus (1999) nos leva a perceber as dificuldades enfrentadas pelos dependentes químicos, lembrando que a mudança de comportamento do dependente químico exige muita dedicação e persistência, principalmente, quando sua história de desenvolvimento e manutenção da dependência for muito longa e precoce. Dessa forma, nos parece claro o olhar para esse sujeito adicto, inserindo, nesse ínterim, seu familiar que acaba por adoecer junto.

Os estudos de Beck (1987), como citado em Beck (2013), nos mostram que, via abordagem cognitiva, os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida e, com base nisso, comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade, ou seja, as pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões também variadas. Adição ao álcool e outras drogas tem sido um grave problema. Como se pode observar, o álcool está presente em todas as camadas da sociedade. Ele é consumido por mais de 70% da população de adultos e, como nos mostra Ferreira e Laranjeira (1998), tem sido causador de graves acidentes e mortes. A dependência química faz parte do contexto social, não se refere à determinada classe social, mas se mostra presente em todos os espaços, não fazendo distinção de etnia ou classe.

Trata-se de algo que interfere diretamente nas relações pessoais, no âmbito do trabalho, na família. É notória a preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em citar a dependência química, ou adição ao álcool e outras drogas, como um problema de saúde pública que necessita de intervenção e prevenção.

Fonseca e Lemos, como citado em Dihel e colaboradores (2013), nos mostram que a droga se constitui apenas um dos fatores da dependência química. Cria-se uma tríade entre droga, sociedade e indivíduo.

Existem estudos que demonstram que a interação entre sujeito, ambiente e substância psicoativa é o que causa a dependência química. Essa dependência leva o sujeito ao comportamento aditivo. Para se compreender, é preciso que alguns fatores sejam levados em consideração: controle, disponibilidade, aprendizado social, estados biológicos, hereditariedade, genética, tolerância, disposições psíquicas, psicológicas, experiências espirituais. Talvez, tais fatores expliquem o uso e o consumo como processo prolongado (Perremoud & Ribeiro, 2012).

Este estudo tem por norteadora a psicologia cognitivo-comportamental de Aaron Beck. Beck (1976) nos ensina que o esquema básico faz referência a uma situação que pode ser um acontecimento externo, uma fantasia ou imagem, uma sensação ou perturbação física. Os pensamentos automáticos, que são os pensamentos avaliativos, rápidos e breves, que nascem automaticamente, podem ser verbais ou visuais. Dos pensamentos automáticos, surgem as crenças. Estas são ideias que são tomadas como verdade absoluta pela pessoa e regem seus comportamentos e emoções.

1.1 Interesse pelo tema Estratégias de enfrentamento dos familiares de adictos frente à recaída

Acredita-se que as famílias que têm em seu repertório um caso de drogas enfrentam em si mesmas um grande desafio a ultrapassar, isto porque, em sua maioria, carregam consigo o estigma, a vergonha, as dificuldades para enfrentar a dependência química, uma vez que são desassistidas por programas voltados a elas (famílias), sofrem por não saberem como enfrentar tal problemática. Sendo assim, este estudo buscou descobrir quais estratégias de enfrentamento podemos encontrar.

O interesse pelo presente tema emerge do trabalho feito com familiares de adictos vinculados a uma rede de assistência social na cidade de Vila Velha - ES. Nessa rede, trabalhávamos em grupos, ouvíamos sobre as dificuldades e compartilhávamos as vivências de cada membro do grupo. Sob a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), fora abordada a psicoeducação como promotora de conhecimento e apoio social. A partir desse

trabalho, encontramos nas famílias um objeto valioso a ser estudado. Com todos os seus atravessamentos, as famílias têm sempre uma história de enfrentamento ao passar por recaídas, algo que nos levou a refletir sobre como enfrentavam, como passavam por tantas recaídas e persistiam em acreditar na recuperação. Desejávamos saber também sobre quais recursos internos e externos estariam envolvidos neste processo.

Neste ínterim, esperamos aprofundar os estudos sobre estratégias de enfrentamento de problemas ligados aos usuários de drogas ilícitas e álcool ante sua família quando perpassam pela situação de recaída e, assim, promover suporte psicológico para os familiares de adictos, identificar e analisar criticamente as ações de enfrentamento às drogas existentes no repertório desses sujeitos. Diante do exposto, é relevante compreender quais as estratégias de enfrentamento esses familiares abarcam em seu repertório cognitivo, comparar se essas estratégias irão variar de acordo com a classe social, bem como segundo o tempo de dependência química e também segundo a quantidade de recaídas e, assim, contribuir com as pesquisas no sentido de tornar as recaídas menos prevalentes.

1.2 A família do adicto adolescente diante da recaída

A família do adicto adolescente atravessa uma situação de grande problemática. Ela vê seu filho se distanciando de seus projetos futuros, sonhos, planos que brindam a fase da adolescência e mergulhando em um caminho que parece não ter volta. Imersos no mundo das drogas, os adolescentes abandonam os estudos, a família, o interesse por atividades que outrora foram importantes para dedicar-se ao uso exclusivo da droga, assimilando para sua vivência uma série de prejuízos.

A família busca incansavelmente pela “cura” do seu familiar, recorrendo a internações, programas de tratamento, terapias, grupos de apoio para ajudá-lo a passar pela problemática das drogas. Após a alta do adolescente de uma Comunidade Terapêutica (CT) ou mesmo em clínica apropriada, o adolescente abandona a recuperação, tem uma recaída e retoma o comportamento de usar drogas. Em alguns casos, é novamente internado e, ao ter alta, novamente reincide ao uso da droga, gerando no lar desestabilidade, descrédito quanto à recuperação. Mesmo assim, a família persiste e persevera em cuidar de seu familiar adicto.

A família, nesta proposta, será vista em seu conceito mais amplo, abarcando toda a pessoa que se dedica a cuidar de um adicto, que se preocupa, que tem um vínculo, assim também trataremos da família como sendo fator de proteção ou de risco. Abordaremos modelos de família e estrutura familiar no sentido de observar a coesão familiar e sua influência no uso e abuso de substâncias. Serão abordados os conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos de substâncias, conceitos de adolescência e drogas que buscam contribuir para prevenção de recaídas desses adictos. Por inúmeros motivos, podemos entender que a família passa por situações delicadas, necessitando de nosso olhar mais amplo, podendo compreendê-la como fator preponderante para a prevenção de recaídas, sendo também um público que precisa do suporte psicológico.

Assim, percebe-se também que o familiar pode definir-se como membro motivado em acompanhar o adicto e ajudá-lo a enfrentar a adicção, configurando-se como codependente, pois todo aquele que se envolve emocionalmente com um adicto torna-se um codependente. Zampieri (2010) nos diz que a codependência afeta familiares de pessoas que usam drogas. A codependência diz respeito, e está relacionada, a alguém que convive de forma direta com um dependente químico, passando por situação de estresse, vínculo e dor ante ao usuário. Dentre as características de um codependente, podemos descrever a baixa autoestima, rigidez, exagerado controle, ansiedade, desleixo com as próprias necessidades e a luta pela sobrevivência do sistema familiar. Costuma perder o sono por causa de problemas ou comportamentos do dependente.

A família, frente a um elevado sofrimento, busca, a qualquer custo, por ajuda, recorrendo a clínicas, comunidades terapêuticas, a fim de sanar o problema em questão. Algumas famílias demonstram não possuir recursos financeiros e têm baixo grau de instrução. O problema das drogas está presente também nas classes sociais mais favorecidas, com predomínio do uso de drogas por parte dos adolescentes. Isto significa que famílias mais funcionais não estão livres da dependência química, pois se sabe que todos estão vulneráveis a tal problema.

Percebemos o quão amplos são os estudos que tratam apenas do adicto, suas dificuldades, percepções, crenças, mas não fazem referência ao familiar, especificamente, no que diz respeito às recaídas. As recaídas são de alta prevalência, o que gera demasiado sofrimento por parte dos familiares

que acompanham o processo de recuperação de um ente querido. Destacamos, ainda, a importância de comparar as estratégias com as classes sociais, pois podemos observar formas de enfrentar menos assertivas em pessoas que pertencem a classes sociais mais baixas, por isso queremos apontar se essas estratégias variam segundo a classe social, bem como segundo a quantidade de recaídas que teve o adicto e segundo o tempo de dependência química.

Beck (1987), como citado em Beck (2013), aduz que a abordagem cognitiva é aquela em que os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, e, desse modo, comportam-se de determinada maneira construindo distintas hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade, assim, pessoas reagem de diferentes formas a uma situação específica. Dessa maneira, o presente estudo poderá contribuir:

- **À Ciência:** Para ampliar o conhecimento acerca das estratégias de enfrentamento que aparecem segundo o nível socioeconômico ao qual pertence o familiar do adicto e contribuir para o campo da psicologia cognitiva com enfoque nos comportamentos aditivos.
- **À sociedade:** Para melhorar a relação do dependente químico com sua família, podendo o familiar contribuir de forma assertiva com a recuperação do adicto, prevenindo, assim, recaídas.
- **À psicologia enquanto profissão:** Contribuir de forma que o terapeuta conheça as diferentes estratégias de enfrentamento que podem surgir nos familiares de adictos, de acordo com o nível socioeconômico a que pertencem para, então, elaborar projetos de intervenção adequados a cada indivíduo de acordo com sua realidade social.

Cumprir citar que este estudo é de extrema importância para todos os campos da psicologia, bem como para a sociedade que tem vivido tempos de dificuldades com o problema das drogas. Tempo em que o tráfico de drogas tem, desde muito cedo, seduzido adolescentes e crianças e o comportamento persiste até a fase adulta. O uso de drogas se constitui um problema familiar grave porque adocece o adicto e toda sua família. Ressaltamos que o apoio familiar é de extrema importância para o adolescente adicto e as recaídas são altamente frequentes na maior parte dos tratamentos. Devido ao constatado, é fundamental saber como as famílias enfrentam as recaídas e conhecer se

existem diferenças no repertório de estratégias que se apresentam, segundo características sociodemográficas como as classes sociais. Sabemos também que necessitamos de políticas públicas mais coerentes e ativas que impeçam essa crescente demanda de dependentes químicos. É mister lançar um olhar mais profundo sobre o contexto familiar e sobretudo saber o que se faz para enfrentar tamanho dilema. Quantificar as estratégias de enfrentamento e descobrir se elas se modificam de acordo com a classe social a que pertence o familiar nos dará subsídios para atuar junto à família ampliando seu repertório de estratégias de enfrentamento na recaída, pois essas estratégias podem ser aprendidas e também modificadas.

Podemos ensinar estratégias de enfrentamento, pois elas podem ser modificadas e aprendidas, especialmente, quando houver um público que não possui muitas habilidades ou estiver em um contexto de mais vulnerabilidade e risco social. Há uma grande relevância no presente estudo, principalmente, quando pensamos em recaída ser um fenômeno comum para o adicto, mas que não expressa o fim da linha, apesar de, em muitos casos, percebermos que, para a família, o significado é de sofrimento, acompanhado de mais uma tentativa para recomeçar.

Por todo o exposto, este estudo é importante para a psicologia permitindo-nos trabalhar as estratégias de enfrentamento em casos de recaída e quem sabe aplicar este conceito a grupos e na clínica terapêutica a fim de psicoeducar pacientes e familiares e, ainda, proporcionar aos interessados que se façam novas pesquisas com enfoque cognitivo-comportamental, adicção às drogas e famílias, explorando o tema e propondo novos olhares.

No capítulo 1, apresentam-se os antecedentes ao estudo, destacando-se o interesse pelo presente tema, e discorre-se sobre a família do adicto adolescente diante da recaída.

No Capítulo 2, apresenta-se o marco epistemológico que abarca este estudo, ou seja, a forma como a ciência vê o homem a partir dos pressupostos da psicologia cognitiva.

No Capítulo 3, contempla-se o marco teórico que sustenta o presente estudo. Destaca-se que neste aporte tratamos da dependência química. Neste capítulo, apresentamos: droga, definições, classificações de transtornos, teoria cognitiva das adicções. Verifica-se o que diz a ciência acerca da dependência química, do uso e abuso de drogas e suas diferenças, o fenômeno

da recaída, a teoria de Aaron Beck, a psicologia cognitivo-comportamental na adicção às drogas e drogas na adolescência. Ainda, tratamos especificamente da família do adicto, estudamos o modelo familiar sistêmico, a codependência, a estrutura da família e sua influência na recuperação do dependente químico (DQ) e a família enquanto fator de risco ou proteção. Por fim, damos ênfase à teoria que suporta as estratégias de enfrentamento e, ainda, podemos distinguir entre *coping* focalizado na emoção e *coping* focalizado no problema.

No capítulo 4, foi dada ênfase à família do adicto, destacando-se o modelo sistêmico de família, a codependência, a estrutura familiar e a influência na recuperação do DQ, e a família como fator de risco e proteção para a recaída.

No capítulo 5, temos as estratégias de enfrentamento. No Capítulo 6, o marco conceitual, em que foram delimitados os conceitos importantes da pesquisa, bem como o presente estado da arte que contempla pesquisas relativas ao nosso tema, pesquisas atuais dos últimos 5 anos e que giram em torno do tema: família de adictos, recuperação de adictos, recaída e estratégias de enfrentamento.

No Capítulo 7, temos o desenvolvimento empírico. No capítulo 8, é apresentado o delineamento da pesquisa. No capítulo 9, compreendemos os resultados da pesquisa e a apresentação da análise estatística correlata a todas as variáveis que se pretendia pesquisar e analisar. No Capítulo 10, apresentamos a discussão dos resultados encontrados, e, por fim, trazemos as considerações finais. Posteriormente, seguem bibliografia utilizada e os anexos que compõem esta obra.

2

Marco epistemológico

Castañon (2005) nos diz que os nossos pensamentos têm a capacidade de influenciar nossas emoções e também de serem influenciados por elas. Esse conceito baseia-se no racionalismo Crítico de Karl Popper e no construtivismo em que o sujeito é ativo na construção de hipóteses, bem como das teorias sobre o mundo e as coisas, ou seja, toda observação da realidade existe quando a criamos. Para a psicologia cognitivo-comportamental, nossas emoções e comportamentos não são influenciados por eventos e acontecimentos, mas pela maneira como processamos e entendemos e, assim, atribuímos os significados a cada situação. Sendo assim, epistemologicamente, o homem é um ser em busca de significados.

Podemos perceber, nos estudos que nos remetem ao campo epistemológico, uma crise na cientificidade da psicologia, começando desde a Revolução Industrial. Gardner (1995) nos diz que, para uma reflexão filosófica se iniciar, seja para uma criança ou um adulto, é necessário se observar e perceber o mundo externo, a partir dessa observação e movimento que há das coisas, percebemos tudo de modo estável e organizado, assim tudo se transforma em imagens mentais, com nosso poder de imaginação. Como informa o autor, parece simples, porém a psicologia aponta a dificuldade em explicar como as percepções de mundo ocorrem.

Baseando-se nessas premissas, surgem diversas indagações de como tudo ocorre em nosso pensamento, sobre o que de fato contribui com nossa maneira de ver, pensar e agir. Gardner (1995) propõe que questões como essas têm sido pensadas ao longo do tempo desde que a filosofia começou.

Quando os gregos moldavam o conhecimento a partir da visão, investiram em estudos na tentativa de decifrar o mundo visível, além disso, os cientistas cognitivos conjecturam acerca dos vários veículos do conhecimento: o que é uma forma, uma imagem, um conceito, uma palavra, uma representação e como esses modos de representação se relacionam entre si? Investigam, também, sobre o conhecimento, senso comum e conhecimento científico, o porquê de nós quereremos conhecer, e sobre quais as restrições do conhecimento e quais os seus limites.

Assim, Gardner (1995) nos elucida que os gregos tinham a responsabilidade de ensinar a natureza do conhecimento humano. Os cientistas cognitivos estavam preocupados com os métodos empíricos a fim de testar hipóteses e teorias e, assim, poder refutá-las. A partir do exposto, surge a inteligência artificial como nova disciplina, levando o homem a criar uma máquina que pense e estimule a pesquisa. Surge, então, o computador no século XX, prometendo inovar a nossa maneira de ver o mundo e pensar a visão de mente humana.

Destaca-se que o termo Ciência Cognitiva começou a ser empregado no início da década de 1970, quando diversos cientistas como: Bruner (1983), Collins (1977), Mandler (1981), Miller (1979), Normam (1980), Rumelhart (1981), segundo Gardner (1995), tentaram definir esse campo.

Gardner (1995) nos diz que Ciência Cognitiva é um esforço contemporâneo com fundamentação empírica para solucionar questões epistemológicas de longa data, como as de natureza do conhecimento, componentes e origens, desenvolvimento e seu emprego. Nos fundamentos dessa Ciência Cognitiva, podemos encontrar o simpósio Hixon e o desafio do Behaviorismo que tentava explicar o comportamento através do sistema nervoso, bem como a comparação entre o computador e o cérebro.

Segundo Gardner (1995), o psicólogo Karl Lashley identificou o principal componente para uma Ciência Cognitiva e, para compreender o pensamento de Lashley, era necessário entender o clima científico da época quando se tentava compreender questões centrais da vida humana como: pensamento, vida humana, solução de problemas, natureza da consciência, linguagem e cultura. Assim, tudo se pretendia investigar através de métodos rigorosos. E, na época, o método mais usado era a instrospecção, que era nada mais que a autorreflexão por parte de um observador bem treinado sobre a natureza e

curso de seu próprio pensamento. Todavia, esse método de observação fora derrubado pelos behavioristas.

Os behavioristas defendiam que pesquisadores interessados na ciência do comportamento deveriam limitar-se a métodos de observação que pudessem ser quantificados e aplicados. Nada de reflexão subjetiva. Para que o estudo fosse considerado científico, deveria ser observável. Tais cientistas também diziam que o comportamento deveria ser observado exclusivamente, evitando temas como pensamento, mente, imaginação. Assim sendo, o Behaviorismo acreditava no poder determinante do meio ambiente. Logo, durante anos, as ideias de Lashley foram rejeitadas, era, então, necessário confrontar o Behaviorismo.

A Ciência Cognitiva está fundada sobre a crença de que é preciso postular um nível de análise que vem a ser o nível da representação. Assim, quando um cientista trabalha nesse nível irá navegar por entidades representacionais como símbolos, regras e imagens e investigará formas sob as quais essas representações são combinadas, transformadas ou contrastadas umas com as outras. Esse nível é necessário a fim de explicar o comportamento, o pensamento e a ação humana.

Como nos ensina Popper (1959), um cientista, seja teórico ou experimental, formula enunciados ou sistemas e verifica-os um a um. No campo das ciências empíricas, ele formula hipóteses ou sistemas de teorias e os submete a testes, confrontando-os com a experiência, através de recursos e observação.

Castañon (2005, p. 25) nos mostra que:

A Terapia Cognitiva (TC) começou a reivindicar explicitamente afiliação epistemológica ao Racionalismo Crítico, como pode-se verificar em obras de seus dois maiores expoentes, Aaron Beck e Albert Ellis. Em “O Poder Integrador da Terapia Cognitiva” (Beck & Alford, 2000), Beck reconhece sua dívida com Popper e se declara aderido a seus critérios de racionalidade e científicidade. Ele apresenta um sistema formal da teoria cognitiva da psicopatologia em dez axiomas que correspondem, como afirma, ao sistema de axiomas independentes e não-contraditórios exigidos por Popper para a definição de uma teoria científica madura. Já Albert Ellis (1989) chega a declarar que abandonou os últimos elementos de Positivismo Lógico presentes em sua obra quando descobriu o racionalismo crítico de Bartley e Popper,

aderindo então ao princípio do falsificacionismo. A última forma do processo terapêutico da Terapia Racional-emotiva envolve modelos de intervenção francamente falsificacionistas para modificação das assim chamadas “crenças irracionais”. Portanto, se torna importante uma sucinta definição do Racionalismo Crítico no qual Beck e Ellis afirmam que se sustentam a forma final de suas obras. Porém, antes disso, é importante lembrar que nenhum dos dois teve origem na Terapia Comportamental, sendo Ellis um ex-discípulo de Karen Horney e Beck um ex-psicanalista (Castañon, 2005, p. 25).

Assim, podemos contemplar as bases epistemológicas da psicologia cognitivo-comportamental e compreender esta ciência na qual nos apoiamos. Nela, o diálogo com a ciência não é fato, pois nossas observações são aproximação do real, não há um critério da verdade, assim verdade absoluta não é alcançável, há apenas uma aproximação do real.

3

Dependência química

Problemas relacionados ao uso de substâncias químicas sempre existem, porém o conceito de dependência química é extremamente novo. Uma das descrições a respeito do uso de álcool foi feita por Aristóteles no século IV a.C., na qual o mesmo afirmara que a virtude em beber está entre a sobriedade e o exagero, o que denominou como vício. Assim também, na Bíblia, encontram-se relatos de uso de álcool (Diehl, Cordeiro & Laranjeiras, 2011).

Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) nos dizem que, a partir do século XVII, estava disponível o consumo dessas substâncias com preços razoáveis e acesso fácil. O crescimento das cidades e pessoas desempregadas vivendo em cortiços também facilitaram a adesão ao uso do álcool, opiáceos e cocaína.

Os autores destacam que havia diversos modelos para explicar a dependência química, como o modelo moral, atualmente em desuso, que dizia que a escolha pessoal é o principal motivo para o uso de substâncias, como se fosse uma violação da moral. Outro modelo era o da temperança, que permaneceu até 1933. Nesse modelo, para Rush e Trotter, o beber excessivo era um hábito a ser desaprendido. Essa foi a primeira tentativa de entender a etiologia do alcoolismo. Ainda havia o modelo da degenerescência neurológica, segundo Diehl, Cordeiro e Laranjeiras (2011). Magnos Huss revolucionou o pensamento na época, ao publicar, em 1849, um trabalho científico em que o termo alcoolismo foi usado como ebriedade. Pela primeira vez, fora entendido como doença.

Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2011) elucidam que houve também o modelo espiritual. Em 1935, foi criado por Bill Wilson e Robert Smith o grupo AA (Alcoólicos Anônimos). Neste modelo, a DQ era entendida como algo difícil de superar por si só. O entendimento era de entregar-se a uma força superior e então seguir rumo à recuperação. Inclui-se, aqui, o programa de 12 passos utilizado hodiernamente. Como podemos contemplar em Dihel, Cordeiro e Laranjeiras:

O Al-Anon e o Alateen foram criados para familiares de dependentes de álcool; além desses, há o NA (Narcóticos Anônimos), o DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos), o Neuróticos Anônimos, o CCA (Comedores Compulsivos Anônimos) e muitos outros (Dihel, Cordeiro & Laranjeiras, 2011, p. 5).

Assim, é necessário destacar os modelos contemporâneos, como o aconselhamento confrontativo criado por Charles Dederich, na década de 1960, que preconizava o choque. Este nada mais era que uma modalidade de terapia que dizia que o dependente era uma pessoa que recebeu muitos benefícios durante a vida, sem aprender a compartilhar, ou mesmo um indivíduo que não passou por problemas e frustrações.

Também existiam os modelos naturais os quais expressavam que os homens possuem uma tendência inata ao uso de drogas e, ainda, o modelo biológico, que partia do aspecto orgânico para explicar o fenômeno da dependência química através das alterações físicas e psíquicas. Já o modelo psicológico procura compreender, por meio das psicoterapias, a natureza e a qualidade das experiências individuais que aumentam a probabilidade e o risco da dependência às drogas (Diehl, Cordeiro & Laranjeiras, 2011).

Há ainda os modelos sociais baseados na psicologia e que englobam o condicionamento clássico: a terapia cognitivo-comportamental, que se mostrou eficaz para tal tratamento, trabalhando diversas técnicas desta teoria, e o modelo psicanalítico, que diz que a dependência estaria ligada a retornos prazerosos infantis.

Os estudos relacionados aos modelos destacam também o modelo de saúde pública e o ecletismo informado. Estes tratam, respectivamente, que há uma referência positiva na espiritualidade frente à recuperação de dependentes químicos e que, em saúde pública, a interação entre o sujeito, a

substância e o ambiente explicariam a dependência. O sujeito aqui é visto como um todo, levando em consideração fatores como controle, aprendizado social, estados biológicos, estados psicológicos e espiritualidade (Diehl, Cordeiro & Laranjeiras, 2011). Destacam-se, ainda, o modelo de aprendizado social, o modelo sistêmico, o biológico e o biopsicossocial.

A saúde pública demonstra que a interação entre sujeito, ambiente e substância psicoativa é o que causa a dependência química, levando o sujeito ao comportamento aditivo. Para tal compreensão, alguns fatores são levados em consideração, como: controle, disponibilidade, aprendizado social, estados biológicos, hereditariedade, genética, tolerância, disposições psíquicas, psicológicas, experiências espirituais que explicam o uso e o consumo como processo prolongado (Perremoud & Ribeiro, 2011).

Inaba e Cohen (1991), em seu livro sobre os tipos de drogas, nos clarificam que as substâncias psicoativas se dividem da seguinte forma:

Drogas estimulantes: cocaína, anfetaminas, moderadores de apetite, nicotina e cafeína. Estas aumentam a atividade cerebral, pois agem sobre o sistema nervoso central. Ocorre aumento do estado de vigília, euforia, aumento da atenção e aceleração do pensamento.

Drogas depressoras: opiáceos, opioides, hipnosedativos e álcool. Lentificam e diminuem a atividade cerebral, ou seja, deprimem o sistema nervoso central.

Drogas perturbadoras: LSD, ecstasy, mescalina, maconha. Estão relacionadas à alucinação ou ilusão, geralmente, de natureza visual.

As drogas também se apresentam como lícitas ou ilícitas. São drogas lícitas: tabaco, álcool e medicamentos psicotrópicos. São ilícitas: cocaína, maconha, crack e demais drogas de abuso.

São muitas as definições para o abuso do álcool e outras substâncias. Começa a ser preponderante elucidar uma terminologia para a doença, pois esta atinge crianças e adolescentes. Existe uma ambiguidade sobre o que vem a ser o abuso de substâncias. Exemplo disso é uma série de termos para sua definição: uso para o lazer, experimental, problemático, patológico, de risco, perigoso, ocasional, episódico, regular, leve, moderado e grave (Kaminer, 1994 *in* Becoña & Vazquez, 2014).

Drogas ou substâncias psicoativas (SPA) – aglutinam-se sob esta denominação: o tabaco e as bebidas alcoólicas, as substâncias ilícitas como a maconha, o ecstasy, a cocaína ou o crack e alguns medicamentos como os benzodiazepínicos e os anorexígenos (inibidores do apetite). SPA são aquelas substâncias que têm como ação principal a modificação da atividade psíquica dos seres humanos (Horta, 2007).

Segundo a OMS, a definição de droga é toda substância que é prejudicial à saúde, sendo esta de caráter psicoativa lícita ou ilícita, usada sem controle e que leva o indivíduo à dependência química ou psíquica. A dependência química passou a ser catalogada pela OMS por volta de 1965 (OMS, 2001).

O CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição) descreve, no capítulo V do referido documento, que as dependências mais conhecidas em drogas são, respectivamente: bebidas alcoólicas - f.10.2; nicotina, encontrada em cigarros de fumo em geral, f.17.2; maconha e haxixe, f.12.2; e a cocaína ou o crack, subproduto da cocaína, f.14.2.

O documento diz-nos, ainda, que acerca de drogas existem: heroína, ecstasy, anfetaminas e metanfetaminas (drogas sintéticas produzidas em laboratórios, com mesmo efeito da cocaína ou maconha, por exemplo), benzodiazepínicos, esteroides anabolizantes, cogumelos alucinógenos, sendo pertinente lembrar que os barbitúricos receitados como ansiolíticos ou antidepressivos e, até mesmo, morfina, usados sem controle, sem prescrição e acompanhamento médico, também causam dependência química e psíquica. A dependência inclui vários tipos de medicamentos.

O DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - 5ª Edição – (2014) nos ensina que a característica fundamental para a dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas psicofisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma determinada substância apesar de problemas significativos relacionados a ela.

Stanton, Todd e colaboradores (2006) sugerem que o problema da adicção à droga pode ser considerado como parte de um processo cíclico que envolve três ou mais indivíduos, que, normalmente, são o adicto e seus pais ou pais substitutos. Qualquer desestabilidade pode culminar em uma crise e o levar a usar a droga. Alertam, ainda, que muitos fatores extrafamiliares podem desencadear o ciclo aditivo. Seja qual for o tipo de família, é possível

perceber que ela se apresenta como fator crucial para a determinação na permanência da adicção.

Abreu e Malvasi *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) nos ensinam que a DQ não trata apenas de dados fisiológicos. É necessário saber o conjunto de interações sociais que facilitam e estimulam o abuso, a recorrência e a continuidade de um sujeito com a droga. Ou seja, é preciso avaliar as representações sociais da droga para o sujeito, pois há fatores mais amplos envolvidos na DQ.

Jungermam e Zanelatto (2007) elucidam que a DQ é definida como o conjunto de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais que demonstram que o sujeito, apesar dos prejuízos, continua a usar tal substância. Há ainda que se observar o padrão de uso que, geralmente, leva o sujeito à tolerância, à abstinência e ao comportamento compulsivo. Assim, a DQ necessita do agrupamento de três ou mais sintomas observados em um período de 12 meses.

Tolerância: Dá-se diante da necessidade de maiores quantidades de substâncias para chegar ao efeito desejado. Estado fisiológico de abstinência: ocorre quando há a interrupção do uso da substância culminando em alterações fisiológicas e comportamentais, tais alterações se dão por concentrações da substância no sangue e tecidos apresentarem uma queda. Consumo da substância em quantidades maiores: continuar a consumir exageradamente, também incluímos tentativas frustradas em parar o consumo. Comprometer a vida social, trabalho, lazer, afastamento da vida familiar, conforme informam Jungermam e Zanelatto (2007).

3.1 Uso, abuso e dependência

Scheffer e colaboradores (2010) ensinam que o uso e o abuso de substâncias são um grave problema em grande parte do mundo. Assim, compreendemos o quão ampla é a problemática ora discutida. Faz-se, então, necessário destacar as diferenças entre uso, abuso e dependência.

É preciso entender de que forma é feito o uso da droga, pois nem todos os abusadores se tornarão dependentes, todavia compreendemos que o uso nocivo pode ser tão perigoso quanto a dependência química, e o uso espo-

rádico é também considerado de grande risco, conforme nos dizem Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2011).

Assim, subdividimos e apresentamos as definições sobre o uso, abuso e dependência apontados por Diehl, Cordeiro e Laranjeiras (2011).

O uso compreende experimentar, ou consumir, não tendo prejuízo. Já o abuso compreende algum tipo de prejuízo que pode vir a ser social, psicológico ou biológico. Ainda há a dependência, que seria a perda do controle do uso com prejuízos claros e evidentes.

Scheffer e colaboradores (2010) ressaltam que o uso nocivo de substâncias fora há muito tempo tratado com ações punitivas em lugar de ações terapêuticas e de prevenção. Assim, compreendia-se a DQ como uma falha moral ou mesmo uma falta de força de vontade. Todavia, podemos perceber um avanço em relação a tal pensamento através de estudos científicos voltados a esse público. Assim sendo, a DQ passou a ser encarada como um grave problema de saúde pública que afeta o cérebro e o comportamento. Os referidos autores nos dizem que há controvérsias sobre a origem da DQ e sugerem que estudos apresentem a história familiar do uso de drogas (Scheffer *et al.*, 2010).

Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2010) nos mostram que Edward e colaboradores (1986) fizeram a proposta de que haveria um conjunto de sinais e sintomas fisiológicos presentes caracterizando a síndrome de dependência do álcool e, assim, puderam observar que outras dependências seguem padrões muito semelhantes. A saber: **Estreitamento do repertório de beber**, que seria uma tendência de ingerir bebidas alcoólicas. Neste caso, a pessoa bebe acompanhada ou não, em dias úteis ou finais de semana. Praticamente, não há dias de abstinência. **Tolerância** seria a perda da sensibilidade aos efeitos do álcool, necessitando de doses maiores para chegar aos efeitos agradáveis, tornando o sujeito mais resistente. **Síndrome de abstinência** são os sinais e sintomas físicos presentes em todo aquele que diminui ou interrompe o uso da droga. **Saliência do comportamento de uso**, que vem a ser o desejo persistente e tentativas frustradas de controlar o uso. O sujeito passa a dedicar maior tempo ao uso. **Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência**, quando o consumo não é mais para evitar situações.

Perrenoud e Ribeiro *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) enfatizam que os modelos etiológicos sobre a DQ tentam sobremaneira explicar

os motivos que levam as pessoas ao consumo, à permanência e ao uso ocasional e por que a DQ se instala.

Já a epidemiologia, como nos ensina Galduróz, Sanches e Noto *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008), tem se preocupado em estudar a distribuição do número de usuários e os acontecimentos ligados ao uso de SPA nas populações e em determinados períodos para atuar de forma adequada com programas voltados a esses sujeitos. São distintas as formas para verificar o uso e o abuso de drogas. Uma delas é o levantamento populacional quando se preenchem dados em entrevistas e aplicação de questionários. Outra forma seria o indicador epidemiológico, em que dados são obtidos por meio de planilhas estatísticas que são obtidas em prisões por tráfico, internações hospitalares e outros.

Marques *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) clarifica que a OMS define uso problemático nocivo como um padrão de uso de substâncias psicoativas e psicotrópicas que estejam causando dano à saúde, dano físico, mental ou social.

Jungermam e Zanellatto (2007) nos mostram que o uso faz referência ao consumo recreacional em que a pessoa usa a droga, ocasionalmente, em festas. O abuso é o padrão mal adaptativo de consumo e se manifesta negativamente na vida do sujeito, afetando a escola, a família e sua vida social. A dependência seria o uso como uma prioridade na vida da pessoa, apesar de suas consequências negativas.

Assim, podemos observar que compreender essas formas de consumo – uso, abuso e dependência – é um fator importante que deve ser levado em consideração para efetivarmos um trabalho de prevenção de recaídas, trabalhando com esse público, bem como com sua família no enfrentamento da adicção às drogas.

3.2 O álcool e outras drogas

Abreu e Malvasi *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) nos trazem a percepção de que a história, a longo prazo, acerca das drogas, tem um percurso, todavia, mesmo que a civilização ocidental tenha tido muitas oportunidades de entrar em contato com grande parte de SPA, sua utilização situou-se

entre o ópio, para o domínio terapêutico, e o álcool, que transbordou em rituais sagrados chegando às práticas recreativas.

Os efeitos do álcool têm sido estudados passando por reações de ação excitante, entorpecimento, sonolência, até o coma. Em nível psíquico, compromete a atenção, a vontade e a lucidez, induz a uma felicidade e êxtase próprios (Abreu e Malvasi *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras, 2008).

Silva *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) nos mostra que a síndrome de dependência do álcool (SDA) é caracterizada por sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos, os quais se manifestam em estreitamento de repertório: tolerância, abstinência do álcool, desejo de consumir, reinstalação da SDA.

É importante saber cada um destes fatores para compreendermos como se dá a SDA. Assim, nos mostra Silva *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) que o estreitamento do repertório de beber se dá quando a pessoa tem a tendência a beber da mesma forma, sozinho ou acompanhado, em dias úteis ou fins de semana, não importando restrições sociais. Com esse padrão, a dependência avança tornando dias de abstinência raros. A tolerância seria a perda ou diminuição da sensibilidade aos efeitos iniciais do álcool, tendo o sujeito que aumentar a quantidade ingerida para compensar a tolerância e alcançar os efeitos desejados. A síndrome de abstinência é quando o sujeito, ao parar ou reduzir a ingestão da bebida, manifesta sinais e sintomas. O desejo de consumir está caracterizado quando o sujeito usa a bebida em locais onde não poderia, como no trabalho ou em ambientes sociais onde não se permite, pois não consegue se controlar.

Segundo Azevedo e Oliveira *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008), há que se destacar o policonsumo, que seria o consumo concomitante de diferentes tipos de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, a fim de tornar o efeito mais potente em busca de mais prazer por parte do usuário de SPAs.

Em nossa contemporaneidade, temos observado esse padrão de uso (poliuso) e o mesmo permite definir alguns parâmetros para se detectar esse tipo de uso de SPAs: poliuso simultâneo, quando o sujeito faz uso de duas ou mais SPAs em um intervalo curto e observa-se o efeito psicoativo das duas substâncias. Como exemplo, podemos citar o álcool, que pode prolongar os efeitos da cocaína, conforme nos informam Azevedo e Oliveira *in* Dihel,

Cordeiro e Laranjeiras (2008). O uso de múltiplas SPAs indica gravidade e risco de dependência para os indivíduos.

Azevedo e Oliveira *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) apontam que é possível constatar, em diversos estudos, o policonsumo entre usuários de cocaína e crack associados ao uso do álcool. Estima-se que 60 a 90 por cento dos dependentes de cocaína tenham abusado de álcool.

Cumprir dizer que o consumo de álcool aumenta gradativamente, principalmente onde não se observam políticas públicas adequadas que envolvam tratamento e formas de prevenção destinadas à população, bem como, especialmente, à adolescência, que está para nós em questão.

Segundo Pressman e Gigliotti *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008), o tabagismo também é considerado uma das maiores causas de mortes no mundo. Um terço da população mundial é fumante, apesar de muitos serem conhecedores dos males que o fumo provoca. O termo tabagismo denomina qualquer produto derivado do tabaco. O cigarro industrializado é a forma mais conhecida, todavia o mesmo pode variar em sua apresentação.

Como nos mostra o CID-10, para se caracterizar dependência ao tabaco, é preciso cumprir três ou mais critérios tais como: forte desejo de consumir a substância ou compulsão, dificuldade em controlar o comportamento de consumir, abstinência fisiológica quando o uso cessou ou foi reduzido, tolerância, abandono progressivo dos prazeres em favor do uso da substância, aumento do uso e do tempo para obter ou se recuperar dos efeitos, persistência do uso.

Pressman e Gigliotti *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) destacam que a grande maioria dos fumantes o fazem para lidar com o estresse e acreditam que o cigarro possua alguma propriedade que os faça relaxar, porém tal fato não se comprova.

Cabe elucidar que o tabagismo é considerado uma doença pediátrica, visto que 90 por cento dos fumantes consumiram cigarros antes dos 21 anos. Afirmam Pressman e Gigliotti *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008).

Assim, podemos chegar à conclusão de que muitos fatores estão envolvidos na dependência de nicotina e que crianças e adolescentes iniciam o comportamento de fumar mesmo diante dos prejuízos que possam ter, sendo

necessária uma intervenção que envolva educação ante dificuldades que um fumante pode encontrar no decorrer de sua vida.

Ainda elucidam Zuardi e Crippa *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) acerca da maconha, outra droga importante que é também a mais usada na maioria dos países desenvolvidos. Nesse caso, prevalece o uso, principalmente, durante a adolescência e, especialmente, para uso recreativo, podendo ocasionar dependência. Destarte, o uso em grandes quantidades ocasiona problemas de ordem psicossocial, de saúde e, bem como problemas cognitivos em pessoas vulneráveis.

Importante é fazermos referência a duas drogas que mais têm comprometido nossa sociedade, filhos e filhas: a cocaína e o crack. Alves, Ribeiro e Castro *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008) ensinam que a cocaína é a droga ilícita que tem motivado a busca por tratamento. Trata-se de uma droga estimulante e, principalmente, em dependentes de crack são observados níveis elevados de mortes que apresentam causas como: infecção por HIV e homicídio. Sem contar o impacto social em que se relacionam inúmeros fatores, a saber: grande taxa de hospitalização, desemprego, violência, vitimização, cárcere, isolamento social, estigma, perdas familiares, sofrimento emocional.

Usuários de crack, normalmente, iniciam o uso com idade entre 12 e 24 anos. Há também a prevalência do consumo de outras drogas para amenizar efeitos: álcool, benzodiazepínicos e maconha, sendo este fato complicador e podendo trazer problemas graves para o usuário, como, por exemplo, uma overdose, conforme afirmam Alves, Ribeiro e Castro *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras (2008).

Mencionamos aqui, neste estudo, a influência da metafetaminas na adolescência ou a mais conhecida MDMA ou ecstasy, que, na Europa, hoje, é a segunda droga ilícita mais consumida depois da maconha. O uso desta droga cresce alarmantemente e oferece grande risco à saúde (Lemos e Fonseca *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras, 2008).

Assim, neste cenário, em que temos como atores principais o álcool e outras drogas como maconha, cocaína, crack e nicotina, podemos enxergar que grandes e graves são os problemas infiltrados em nossas famílias, levando jovens, crianças e adolescentes a se tornarem dependentes dessas drogas. Devemos, então, caminhar na contramão dessa realidade e lutar para que as famílias não se tornem vulneráveis a esse problema, levando

em consideração a gravidade de problemas comportamentais, psicológicos e cognitivos que afetam os DQ.

3.3 Recaída

A recaída é entendida como a atitude de retomar o consumo de substâncias psicoativas ou, ainda, o fracasso ao tentar parar. Ou, como nos dizem Knapp *et al* (1994), é uma retomada ao uso da droga (álcool ou outras drogas) como antes de ter se submetido a um tratamento ou processo de recuperação.

Knapp *et al.* (1994) nos mostram que são muitas as possíveis causas de recaídas. Elas podem ser consequências de emoções negativas, ansiedade, depressão, culpa, pressão social, situações difíceis, problemas físicos e psicológicos, sintomas de abstinência.

Alvarez (2007), como citado em Marlatt Gordon (1980, 1985), desenvolve o pensamento de Marlatt, o qual acredita que a recaída à adição ao álcool e outras drogas é influenciada pela inter-relação das situações ambientais condicionadas de alto risco, as habilidades para enfrentá-las, o nível percebido de controle pessoal (autoeficácia) e a antecipação dos efeitos positivos da droga.

Como nos ensina Marlatt (1999), os comportamentos em adição são adquiridos, ou seja, são hábitos adquiridos que estão passíveis para mudança, quer dizer que em algum momento da vida esses indivíduos aprenderam esses comportamentos e pensamentos disfuncionais. O autor parte do pressuposto de que o indivíduo não desenvolveu comportamentos mais adaptativos que lhe gerem gratificação e o uso da substância oferece gratificação imediata.

De acordo com Marlatt, Donovan e colaboradores (1980), a recaída se configura um risco para pacientes que tiveram problemas com uso de substâncias. E, como nos mostram Browel e colaboradores (1992), o problema da recaída está relacionado ao processo da mudança de comportamento. Ainda vale ressaltar que a palavra recaída está ligada ao modelo médico, o que indicaria um retomar da doença. Após algum período de remissão, ocorre a retomada do comportamento.

A recaída compreende uma retomada do comportamento do adicto, no sentido de não resistir à abstinência e voltar a fazer uso das drogas, evento

este que atinge diretamente a dinâmica familiar, ou o membro motivado que acompanha seu ente no enfrentamento à adicção. Este familiar apresenta-se nesta dinâmica como codependente. O fenômeno da recaída está presente nos casos de adicção e faz parte da recuperação do adicto, todavia a recaída não ocorre sem um motivo prévio.

Marllat e Donovan (1985), em seu modelo cognitivo da recaída, nos mostram que uma situação de risco atrelada a uma resposta positiva por parte do indivíduo aumenta a eficácia e diminui as chances de recaída. Em contrapartida, uma resposta negativa diminui a autoeficácia, bem como as expectativas de um bom resultado, o que corrobora para o começo do uso ou reuso, aumentando assim as chances de recaída, como vemos na tabela abaixo:

MODELO DE RECAÍDA (Marlatt - 1985)

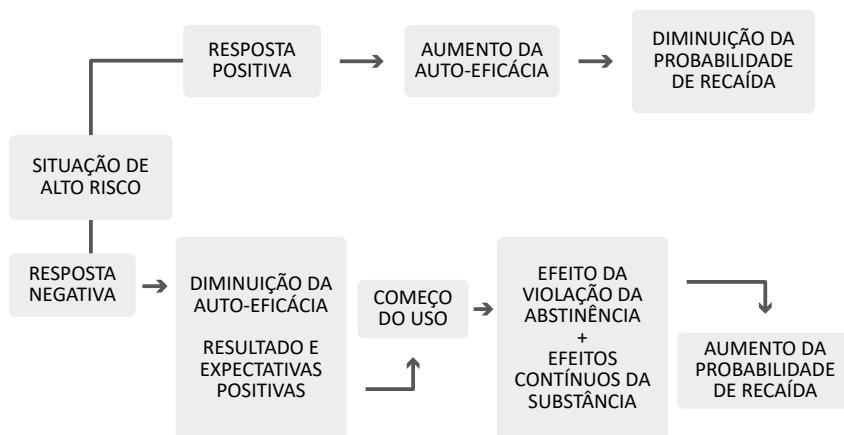


Figura 1. Modelo da recaída.

Fonte: Marlatt (1985).

Becoña e Vazquez (2014) revelam que resolver um problema de dependência química não é fácil e pode ser dividido em diferentes fases: 1) demanda do tratamento; 2) Valoração ou avaliação; 3) desintoxicação; 4) desábito; e 5) acompanhamento. Cabe aqui destacar que, na primeira fase, pretende-se reforçar a motivação do adolescente e de sua família para, então, caminhar na terapêutica.

Zanellato (2008) nos diz que, nas últimas duas décadas, a recaída tem sido muito estudada, principalmente, no que tange a suas causas. Pode ser

definida, segundo a autora, como o retorno ao comportamento de usar a droga, incluindo variáveis. Observa-se ainda alta taxa de recaída nos primeiros 90 dias, bem como grande risco nos nove meses seguintes.

Estudos comparativos entre índices de abstinência em pacientes dependentes de álcool e tabaco informam que, à medida que o tempo aumenta, as chances de recaída tendem a diminuir, porém o risco de recaída sempre existirá (Zanellato, 2008).

Prochaska & DiClemente (1986) falam acerca de estágios motivacionais para obter a abstinência. São quatro, a saber: Pré-contemplação: há interesse por parte do adicto em mudar o comportamento, porém ainda não está certo de que tem problemas. A Contemplação: já percebe que tem problemas e começa a pensar nas possíveis mudanças, mas ainda não há uma ação efetiva. A Decisão ou Ação: ocorrem tentativas para mudança do comportamento. E a Manutenção: trabalha-se para evitar a recaída.

Becoña e Vazquez (2014) elucidam que o consumo de drogas por parte de crianças e adolescentes era insignificante até há pouco tempo, mas tem sido, na Espanha, um dos problemas mais preocupantes em saúde pública por sua alta prevalência, principalmente, com drogas lícitas. Outro dado relevante é o aumento de problemas associados com álcool e outras drogas, tais como: abandono da escola, atos delitivos, violência de uma maneira geral, promiscuidade sexual, risco em relação a DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e gravidez não desejada.

Existem, porém, dois conceitos a se considerar: o lapso e a recaída. O lapso seria um evento discreto: o retorno ao uso inicial, diferente da recaída, que é descrita como o retorno ao padrão de uso anterior, todavia, para fazer a diferenciação, é necessário tomar certas precauções quanto à presença ou ausência do uso inadequado quando o sujeito demonstra um julgamento sobre a adequação do comportamento tanto do indivíduo quanto do meio social em que vive. A situação de alto risco também deve ser avaliada, ou seja, o alto risco seriam os precipitadores ao uso das SPAs. Alto risco podem ser estímulos internos ou externos que ponham em risco o controle do indivíduo, tais como: estados emocionais negativos, como raiva, frustração, medo, ansiedade, tensão, solidão, tristeza, preocupação e luto. Tais condições associam-se mais a lapsos do que a recaídas. Os estados fisiológicos negativos podem manifestar-se como: fissura, dores crônicas, abstinência. E os estados emo-

cionais positivos podem ter reações como: aumento da sensação de prazer, alegria, liberdade, teste do controle pessoal como testar a própria capacidade de autocontrole, desejos e tentações como compulsão incontrolável pelo uso.

Ressaltamos, neste estudo, que as abordagens de tratamento de DQ incluem, em seu programa, a Prevenção de Recaída (PR). Tal técnica é utilizada quando o paciente já está engajado no tratamento, todavia observa-se que muitos DQ, mesmo após um tempo de tratamento em comunidades terapêuticas ou clínicas de reabilitação, não conseguem permanecer e acabam passando por recaídas. Porém Jungerman e Zanelatto (2007) destacam que a recaída é parte do processo de mudança.

Entretanto, as famílias atribuem à recaída muitos significados negativos, outras vezes positivos, pois a situação traumática com a qual vivem as faz pensar que o comportamento de usar a droga pode retornar a ser compulsivo, gerando nas famílias instabilidade emocional.

Como ensina Marlatt (1985), a recaída pode ser classificada, assim conseguimos entender como se dá o funcionamento de cada pessoa. Demonstra, ainda, sinais de gravidade e periculosidade. São dois: fatores intrapessoais e interpessoais.

Fatores intrapessoais: estes se referem a estados emocionais negativos ou físicos, não envolvem outras pessoas. Seriam: frustração, raiva, depressão, medo, solidão, uso prévio de substâncias, abstinência, fissura, dor, estados emocionais positivos como: uso para gerar prazer, alegria, uso para testar o autocontrole, desejo incontrolável, acaba por ceder à tentação, na presença ou ausência de gatilhos. Exemplo: passar na frente de um bar ou simplesmente sentir vontade.

Fatores Interpessoais: estes envolvem terceiros e interação. Ou seja, a recaída pode ocorrer por conflitos no casamento, namoro, amizade. Envolvem sentimentos de raiva, frustração, ansiedade. Ainda envolvem casos em que há pressão social em caso de ser oferecida a droga por alguém, uso em festas.

Jungerman e Zanelatto (2007) trazem um enfoque bastante coerente no que tange à recaída e ao lapso. Segundo estes autores, mediadores cognitivos têm papel importante no processo de recaída, estando ligados aos fatores determinantes intrapessoais, qual seja: **autoeficácia**, que é o grau em que a

pessoa se sente confiante e capaz de desempenhar um comportamento. O alto grau de eficácia está diretamente ligado à menor taxa de recaída.

Outro ponto importante é a **expectativa do resultado**, ou seja, o que o sujeito espera que irá ocorrer. A **motivação** também está associada à recaída em dois sentidos, tanto para o comportamento de mudar quanto para permanecer no comportamento problemático, tendo relação direta com a ambivalência. O **enfrentamento** é a habilidade do sujeito em lidar com situações de risco. Os estados emocionais seriam os mais produtores das recaídas, pois pensamentos negativos influenciam diretamente a recaída. A **fissura**, que vem a ser um fenômeno complexo e subjetivo, não se pode ligar à recaída, porém há uma diferença entre a fissura e a urgência, que envolve a busca da droga e esta sim está associada à recaída (Jungerman e Zanelatto, 2007)

Assim sendo, a recaída engloba a inter-relação de múltiplos fatores nos quais a resposta do sujeito se constitui em um sistema auto-organizado que engloba fatores, ou seja, tempo de dependência, história de vida, uso na família, processos cognitivos como: autoeficácia, motivação, estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais, conforme apontam Jungerman e Zanelatto (2007). Isso nos leva a compreender que as relações entre os fatores acima citados influenciarão o comportamento de voltar a usar a substância. Logo, a recaída pode ser entendida como algo complexo.

3.4 A Psicologia Cognitivo-Comportamental

Segundo Castañon (2005), os pensamentos têm a capacidade de influenciar as emoções e também de serem influenciados por elas. Esse pensamento traduz o racionalismo crítico de Karl Popper e baseia-se no construtivismo, em que o sujeito é ativo na construção de hipóteses, bem como das teorias sobre o mundo e as coisas, sendo assim, toda observação da realidade existe quando a criamos. De acordo com a psicologia cognitivo-comportamental, as nossas emoções e nossos comportamentos não são influenciados por eventos e acontecimentos, mas pela maneira como processamos e entendemos, e, assim, atribuímos os significados a cada situação. Destarte, epistemologicamente, o homem é um ser em busca de significados.

Esta corrente foi iniciada por Albert Ellis, em 1955, com o nome de Terapia Racional, logo foi chamada de Terapia Racional Emotiva e, a partir de 1994, foi denominada Terapia Racional Emotiva Comportamental ou TREC.

As premissas desta corrente se resumem no que Ellis chamou de ABC da teoria que estava representada por uma frase: “As pessoas não se alteram pelos acontecimentos, mas sim pelo que elas pensam acerca dos acontecimentos” (Camerini, 2008).

Segundo Camerini (2008), o ABC da teoria nos mostra que o A representa o acontecimento Ativador (pode ser uma situação, pensamento, imagem, fantasia, sensação física, emoção). O B representa o princípio do sistema de crenças (*Belief system*), em que se incluem as recordações, imagens, suposições, inferências, atitudes, normas, filosofia de vida. O C representa a Consequência, que poderia ser do tipo emocional, cognitivo (pensamentos) ou comportamental (ações).

Castañon (2006) pontua que algumas pressuposições as quais merecem consideração acompanham a definição de objeto da Psicologia Cognitiva. A primeira é sobre as representações mentais. Como afirma Gardner (1996), citado em Castañon (2006), ao discutirmos atividades cognitivas humanas é necessário falar de representações mentais e criar um nível de análise do fenômeno humano completamente separado do neurológico por um lado e do sociológico do outro. Ou seja, as representações mentais têm existência real, não são ficções úteis.

Em sua tese de doutorado, Castañon (2006) fala acerca do cognitivismo e mostra que: “Enquanto área de pesquisa, a Psicologia Cognitiva pode se definir como o estudo de como seres humanos percebem, processam, codificam, estocam, recuperam e utilizam informação” (Castañon, 2006, p. 217).

Destarte, podemos compreender que as pessoas atribuem certos significados a acontecimentos de suas vidas, sendo que cada pessoa terá, para uma determinada situação, um significado diferente e, no contexto que estamos estudando e explorando, pode verificar distintos significados dados à recaída a drogas, ou seja, o significado será diferente para cada indivíduo.

Camerini (2008) nos mostra que o modelo cognitivo-comportamental se fundamenta na investigação do funcionamento do cérebro e nos resultados obtidos através de recursos, técnicas e da abordagem dos transtornos psicológicos. A tarefa dos psicoterapeutas, então, consiste em resolver conflitos de casal, insatisfações pessoais, crises da vida, problemas de educação e problemas relacionados com a cultura: os costumes, crenças, mitos e outras áreas individuais e sociais. Incluem-se os transtornos de angústia e os transtornos

obsessivos compulsivos. Em linhas gerais, os pacientes chegam ao consultório com queixas como: sinto falta de realização, não encontro meu caminho, sinto necessidade de crescer, não suporto a solidão, e outros temas cotidianos, sendo necessário que o terapeuta os ajude a enfrentar.

Ressalta-se que os transtornos têm uma causa orgânica ou filosófica e também se associam a uma causa cultural, cognitiva, ideológica, educativa e filosófica. Com isso, queremos destacar que a causa do transtorno está centrada em sua forma de pensar: pensar sobre o problema, sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre a vida (Camerini, 2008).

Camerini (2008) elucida que não é justo esquecer que seguimos em aprendizagem constante acerca da compreensão e resolução dos transtornos, pois esses paradigmas não são definitivos. Dessa forma, o modelo cognitivo segue em constante crescimento, como se pode constatar via estudos protecionistas.

Ao pensar a práxis do terapeuta diante dessa abordagem, percebe-se que é necessária integração de diversas áreas, tais como: técnicas do psicodrama, recursos da terapia Gestalt, aportes de Carl Rogers, modelo sistêmico. O importante é haver essa integração sem sair do modelo cognitivo-comportamental, pois é possível se desenvolver e aperfeiçoar com novos pontos de vista, estratégias e técnicas para o trabalho efetivo (Camerini, 2008).

Assim sendo, chega-se à conclusão que este modelo, em seu início, se baseava no conceito de mediação cognitiva, em que se afirmava que a resposta emitiva ou comportamental dependia exclusivamente do estímulo e, em grande parte, da avaliação desse estímulo e do que a pessoa pensava acerca do mesmo.

O mesmo também podemos ver com Lazarus (1991), que denomina tal fato como: *Apraisal*, ou seja, uma avaliação que o sujeito faz de uma determinada situação frente a um estímulo. Pode-se perceber que essa avaliação ocorre com uma relação entre dois fatores: o acontecimento e o objetivo da pessoa. O que se destaca é a forte influência das crenças, normas e atitudes da pessoa.

Destaca-se que novos aportes da ciência deslumbram outras alternativas, demonstrando que as emoções são disparadas antes do processamento cognitivo. Do conceito original, derivam os conceitos fundamentais

deste modelo, sendo necessário: fazer o diagnóstico cognitivo, trabalhar a mudança cognitiva.

Leahy (2006) nos mostra que a TCC baseia-se em uma visão de que eventos estressores como uma depressão são mantidos pela forma de pensar do paciente, que pode ser exagerada ou tendenciosa.

3.5 A Teoria de Aaron Beck

Aaron T. Beck começa o desenvolvimento do que denominou “Terapia Cognitiva” no início da década de 1960 na universidade de Pennsylvania, com uma psicoterapia breve e orientada no presente (Beck, 1995).

O esquema básico desta corrente estava baseado no modelo cognitivo o qual postula que as emoções e os comportamentos das pessoas estão influenciados pela percepção dos eventos, ou seja, não era a situação ou o evento por si só, mas a forma como a pessoa interpretava a situação (Beck, 1995). Ou seja, a forma como se sentem as pessoas está associada à forma como interpretam e pensam sobre uma determinada situação. A situação não determina como se sentem, sua resposta está mediada por sua percepção da situação.

De acordo com Beck (1976), pode-se entender que o esquema básico refere-se a uma situação que pode ser um acontecimento externo, uma fantasia ou imagem, uma sensação ou perturbação física. Nesse sentido, os pensamentos automáticos são os pensamentos avaliativos, rápidos e breves, que afloram automaticamente e podem ser verbais ou visuais. Dessa forma, dos pensamentos automáticos originam-se as crenças as quais são ideias que são tomadas como verdade absoluta pela pessoa, verdades que fazem parte de seu repertório cognitivo.

Beck (2013) nos ensina que o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o pensamento e o humor) é comum a todos os transtornos psicológicos. Sendo assim, no modelo cognitivo, o pensamento dos indivíduos influencia em suas cognições, partindo da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos.

O esquema básico desse modelo, de acordo com Beck (2013), se baseia na situação que gera um pensamento automático e desencadeia uma

reação, entretanto, no intermediário, temos as crenças (regras, atitudes, suposições) e crenças nucleares (sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo).

As situações podem ser acontecimentos externos ou até mesmo uma fantasia, uma imagem, ou um estímulo físico. Os pensamentos automáticos são os que aparecem subitamente, rápidos, sem racionalização. Esses pensamentos surgem das crenças, que são as verdades em que a pessoa acredita. As crenças centrais são as que a pessoa não pode ter muita consciência delas, são as que dão suporte ao que pessoa pensa acerca dela mesma, dos outros e do mundo, e são, em geral, fundamentadas desde a infância. As crenças intermediárias são as regras, atitudes e suposições. E, ainda, vale salientar, as atitudes ou reações, que podem ser de caráter emocional, comportamental ou fisiológicas (Camerini, 2008).

Beck (1987), como citado em Beck (2013), nos mostra que as crenças nucleares são compreensões duradouras muito profundas e, muitas vezes, estas não são articuladas nem para si mesmo. São as verdades, ou seja, como as coisas são de fato. As crenças nucleares podem ser categorizadas no âmbito do desamparo, desamor ou desvalor.

Segundo Knapp e Beck (2008), as TCCs podem dividir-se em três tipos principais: Terapias de habilidades de enfrentamento: trabalham as habilidades cognitivas de enfrentamento que cada indivíduo utiliza para lidar com a problemática vivenciada; Terapia da solução de problemas: tem por objetivo desenvolver estratégias para lidar com as mais diversas dificuldades; e Terapias de reestruturação: dizem que os problemas psíquicos são derivados de pensamentos disfuncionais.

A Psicologia Cognitivo-Comportamental avalia os pensamentos disfuncionais do sujeito, dá grande ênfase ao cliente e sua maneira de perceber-se no mundo. O objetivo é aprender novas estratégias para atuar no ambiente e promover as mudanças necessárias e, assim, adquirir qualidade de vida.

Camerini (2008) ressalta que as emoções são necessárias e cumprem três importantes funções nas pessoas: informam os desequilíbrios na vida das pessoas, por exemplo, o medo informa que algo ameaça nossa vida, a saúde ou nosso bem estar; a tristeza informa que há alguma perda ou carência, assim também as emoções geram a motivação e o impulso necessário para superar as situações negativas e os desequilíbrios detectados e, ainda,

as emoções são meios de comunicar aos que nos rodeiam sobre nossos desejos e intenções. Dessa forma, diante de cada situação, temos emoções e comportamentos que dependem da nossa interpretação dela, ou seja, da nossa cognição. Camerini (2008), como citado em Datilio e Padesky (1990), mostra que a psicoterapia cognitiva destaca que aquilo que as pessoas pensam e percebem sobre si mesmas, seu mundo e o futuro, é relevante e importante e tem efeito direto sobre a forma como se sentem e atuam.

Beck (2013) mostra, em seu livro *Terapia Cognitivo Comportamental – Teoria e prática*, que os terapeutas cognitivo-comportamentais estão interessados no nível de pensamento que pode operar simultaneamente com um pensamento óbvio de nível mais superficial. Esses pensamentos são chamados pensamentos automáticos, são pensamentos que aparecem como lampejos, espontaneamente, e normalmente, são rápidos.

Beck (1987), como citado em Beck (2013), nos ensina que as crenças são compreensões que as pessoas têm de si mesmas e dos outros, como ideias verdadeiras e absolutas. Existem as crenças mais centrais ou crenças nucleares, estas são compreensões duradouras fundamentais e profundas que constantemente não são articuladas nem para si mesmo. As crenças nucleares influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças, que são as atitudes, as regras e os pressupostos (Beck, 2013). Essas crenças interferem na forma como o sujeito vê a situação, que, por sua vez, interfere em como ele pensa, sente e age.

Beck nos diz que não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como ela interpreta uma situação (Beck, 1964, como citado em Beck, 2013). Assim, compreendemos que a interpretação do paciente influenciará seu modo de agir e pensar em determinada situação.

Segundo Wright, Basco e Thase (2008), o modelo cognitivo de TCC é utilizado para ajudar os terapeutas a conceitualizarem melhor os casos e poderem intervir com métodos específicos para cada caso. Esse modelo permite levar o terapeuta à relação entre pensamentos, comportamentos e emoções. Como nos mostram Wright, Basco e Thase (2008), pensamentos automáticos são cognições que passam rapidamente pela mente quando se está em determinada situação. Mesmo quando reconhecemos esses pensamentos automáticos, eles não são tão passíveis à análise racional.

A seguir, podemos contemplar, na figura, a descrição do modelo cognitivo proposto:

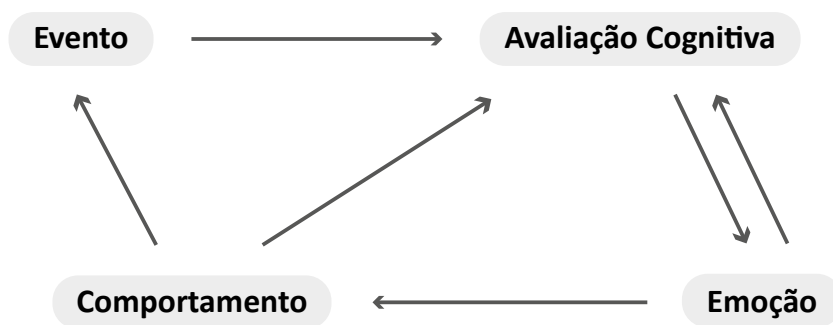


Figura 2. Modelo Cognitivo-Comportamental.

Fonte: Wright; Basco & Thase (p. 17, 2008).

3.6 A psicologia cognitivo-comportamental na adicção às drogas

Segundo Beck (1993), para ocorrer o comportamento aditivo, é necessário que o indivíduo passe por algumas fases. Sendo assim, Beck, em 1993, formula seu modelo cognitivo do uso de substâncias, o qual diz que a situação em si, ou determinada situação, atua como estímulo de alto risco para o uso, assim como os estímulos (internos ou externos) ativam crenças centrais sobre o indivíduo e, sobre o uso de drogas, as crenças ativadas, geralmente, não conscientes, levam ao surgimento de pensamentos automáticos. Esses pensamentos automáticos desencadeiam o surgimento de sinais e sintomas fisiológicos interpretados ou reconhecidos como fissura (*craving*). Após isto, surgem crenças permissivas, facilitadoras.

O indivíduo é, então, regido pelo *craving* e autorizado pelas crenças facilitadoras, assim o mesmo planeja e providencia o acesso à droga e inicia seu uso. Portanto, para Beck (1993), o uso da substância desencadeia uma situação contraditória: desejo de continuar o uso por um lado e sentimentos de culpa e fracasso por outro (classicamente denominado efeito de violação da abstinência - EVA), o que dá origem ao comportamento ambivalente. Todavia o indivíduo ativa mais crenças disfuncionais e, então, continua a usar drogas.

Como nos mostram Dhiel, Cordeiro e Laranjeira e colaboradores (2011), a droga é apenas um dos fatores que compõe a tríade da dependência química. Outros dois componentes são o indivíduo e a sociedade. Os critérios diagnósticos que mencionam a dependência levam em consideração um comportamento compulsivo de usar a droga e não poder abster-se.

É fundamental, no meio acadêmico, que se trabalhem diferentes enfoques para prevenção do uso de drogas e adicção ao álcool e outras drogas, bem como seus respectivos tratamentos. Existe ainda uma técnica cognitiva desenvolvida por Beck para se trabalhar a prevenção da recaída, todavia os estudos dos Alcoólicos Anônimos (AA) nos mostram que a busca por ajuda para mudança do comportamento de consumo abusivo de drogas depende de alguns fatores, a saber: grau de insatisfação com a situação de desamparo em que se encontra (“atingir o fundo do poço”), grau de desconfiança quanto às próprias habilidades para enfrentar, sozinho, a superação dessa condição de desconforto e desamparo (baixo nível de autoestima) e de uma expectativa favorável quanto à possibilidade de obter ajuda externa (do Ser Superior, do grupo de ajuda mútua e/ou de um terapeuta) para sair da situação aversiva em que se encontra (Baus, 1999).

De acordo com Beck (1963) e Beck (1964), como citado em Navolar (2004), em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura. Em outros momentos, essas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo. Em qualquer situação, essas respostas seriam manifestações de organizações cognitivas ou estruturais. Uma estrutura cognitiva é um componente da organização cognitiva em contraste com os processos cognitivos que são passageiros.

Existem quatro processos cognitivos que, segundo Marlatt (1985), explicam a adicção e refletem o modelo cognitivo. São eles: autoeficácia, resultados esperados, causas, tomada de decisão. Segundo o autor, a autoeficácia é o juízo que cada um faz sobre a sua habilidade de lidar com situações de risco; as crenças de autoeficácia são a manifestação do pensamento do sujeito em relação às drogas, em que acredita poder enfrentar as tentações e resistir às drogas, e nas crenças de baixa eficácia o sujeito pensa que é um escravo da droga. Os resultados esperados em relação à droga acontecem quando o sujeito pensa que se sentirá melhor se utilizar a droga para ir a uma festa. À

medida que o sujeito espera da droga um efeito mais positivo do que negativo, aumenta a probabilidade de usar.

As atribuições de causas referem-se a crenças de um sujeito sobre a utilização das drogas, atribuído a fatores externos ou internos, tal fato produz o comportamento de usar a droga, sendo algo para o adicto fora de controle. O abuso de substâncias pode ser entendido também como um processo de tomada de decisões ou de múltiplas decisões (Marlatt, 1985).

Beck, Wright, Liese (1999) nos fazem perceber que há muitas razões para as pessoas buscarem as drogas e se tornarem adictas às drogas. Em primeiro momento, a razão para tal se dá em busca de prazer, experimentar euforia, compartilhar excitação, entre outros sintomas. Com o passar do tempo, há outros fatores que contribuem para que a pessoa se torne um adicto. Muitas pessoas começam a usar drogas como benzodiazepínicos para alívio da ansiedade, da tensão, do cansaço e, assim, desenvolvem crenças de que podem lidar melhor com os problemas se usarem tais drogas. Muitas pessoas também descobrem que usar determinada droga as faz pertencer a um determinado grupo e por essa razão a usam.

Um dado relevante é que a droga controla os indivíduos adictos interferindo em seus valores, em seus laços de união e, assim, passam a ficar subordinados à utilização da droga. Assim, se constitui um círculo vicioso, *craving*. Ainda podem ocorrer desejos incontroláveis de consumir, mudança do estado de ânimo e maior angústia, que só é aliviada quando se consome novamente a droga (Beck, Wright, Liese, 1999).

Beck (1976) nos ensina que a terapia cognitiva é um sistema de psicoterapia que atua buscando diminuir as reações emocionais e os comportamentos disfuncionais, bem como modificar pensamentos defeituosos e crenças desadaptativas dos sujeitos. Uma das ideias da terapia cognitiva é ajudar o paciente a reduzir a intensidade e a frequência dos impulsos de usar a droga refutando crenças, ensinar técnicas específicas a fim de controlar e manejar seus impulsos, reduzindo a pressão e incrementando o controle.

Diante do que já vimos acerca da psicologia cognitiva, podemos perceber que a maneira como as pessoas interpretam uma situação influencia diretamente seus sentimentos, suas motivações e atitudes. Portanto, as interpretações são modeladas pelas crenças ativadas. Uma pessoa pode ter uma crença de que usar a droga faz com que se comporte melhor, que seja

mais sociável. E, assim, essa crença reforça o comportamento de usar a droga. Algumas crenças deixarão o sujeito vulnerável ao uso de drogas (Beck, Wright, Liese, 1999).

Zanelatto (2011) nos diz que a dependência de substância psicoativa é um fenômeno complexo tanto para a clínica quanto para a pesquisa. Na teoria, vemos que Beck destaca que não é a vivência em si, mas o significado que o indivíduo atribui a essa vivência, ou a maneira com a qual interpreta essa vivência. Assim, o autor destaca três níveis de crenças centrais que se destacam na TCC, que são, na verdade, as estruturas cognitivas referentes a crenças centrais.

3.7 Drogas na adolescência

Segundo Andretta (2009), o adolescente adicto causa sofrimento para os pais, já que há o apontamento da falência da educação. A família vê-se envolvida de tal forma que não consegue mais intervir sozinha e se sente impotente diante da gravidade da situação. Todavia, o principal prejudicado é o próprio adolescente, que se priva das oportunidades de um desenvolvimento saudável e da possibilidade de sucesso na vida adulta.

Davidoff (2001) nos diz que a adolescência é marcada por muitos desafios, pois se trata de um período transitório entre a infância e a vida adulta, estendendo-se dos 13 aos 19 anos, período este no qual os adolescentes precisam organizar-se em relação aos conflitos familiares, da comunidade e dos amigos.

Assim, percebe-se que há uma grande busca de identidade no adolescente. Ele precisa lidar com escolhas profissionais, determinar qual será o seu estilo de vida. É um processo longo e árduo. Rapazes e garotas adolescentes têm forte tendência a fazer arranjos sociais diferentes, ou seja, os meninos se afiliam a grupos grandes e homogêneos, com mesmos gostos. Garotas preferem grupos menores (Savin & Wilians, 1980 como citado em Davidoff, 2001).

Para Quiroga (1999), a adolescência é uma fase ou momento do ciclo vital que começa por um marco biológico e prossegue para uma fase psicossocial que varia de acordo com as culturas e os momentos históricos. Dessa

forma, Quiroga (1999) subdividiu a adolescência em três fases: Temprana, média e tardia. A fase que nos interessa neste estudo é a fase média.

Na fase média, que vai dos 14 aos 18 anos, aparecem noções próprias de futuro, aprofundam-se os vínculos fraternos e com grupos, assim como com os pares. Nesta fase, tem grande importância o amigo. Também surgem os primeiros contatos sexuais, que podem ser de curta duração. O pertencimento aos grupos também é forte e positivo. Comportamentos de risco podem aparecer nesta fase e nem sempre se configuram como autodestrutivos. Eles buscam uma marca que os diferencie, tal como tatuagens, *piercings* etc. (Quiroga, 1999)

Segundo Andretta (2009), adolescentes usuários de drogas podem apresentar baixa motivação para o tratamento e para a mudança comportamental, sendo o uso de drogas na adolescência um problema grave que acarreta inúmeras consequências nocivas para o adolescente, para seus familiares e para a sociedade.

Segundo Azevedo e Oliveira, como citado em Dihel, Cordeiro e Laranjeiras e colaboradores, o uso de SPAs inicia-se, na adolescência, normalmente, com drogas lícitas como álcool e tabaco. Há a variação de 10 a 30 por cento do uso experimental para o abuso e a dependência de drogas tanto lícitas quanto ilícitas. Aparecem drogas como solventes, maconha e cocaína, cabendo destacar que a evolução na adolescência está diretamente ligada a dificuldades sociais e problemas familiares. O uso entre jovens, muitas vezes, ocorre em contexto grupal não somente pelos efeitos da droga em si, mas pela escolha do grupo.

4

A família do adicto

Segundo Moré e Orth (2008), é possível perceber que há influência da família no desenvolvimento da adicção ao álcool. Isso é constatado em artigos científicos e por profissionais que trabalham com famílias em suas práticas de intervenção. Trabalha-se com um grande desafio por ser um tema complexo, associando a isso o fato de não se poder definir a priori apenas um tipo específico de funcionamento familiar.

Acerca das famílias, Moré e Orth (2008) afirmam:

Podem ser consideradas não funcionais, no sentido de não ter fatores de proteção necessários para o desenvolvimento de todos seus membros. Por sua vez, cabe apontar, no entanto, que em muitas famílias com dependentes, ocorre um processo de circularidade em que a não funcionalidade e o abuso de drogas reforçam-se mutuamente, mantendo, assim, a homeostase familiar que sustenta a presença desta nas relações familiares (Moré & Orth, 2008, p. 295).

Carter & McGoldrick (2001); Cerveny (1997); Costa & Pereira (2003); Freitas (2002) *apud* Moré e Orth (2008) nos ensinam que as mães de filhos homens superprotegem os filhos adictos. Elas os veem como frágeis, justificam o comportamento deles, vitimando-os, comportando-se de forma apegada e fazendo com que o filho adicto ocupe um lugar, na família, de favorecido em relação aos outros irmãos.

Assim, podemos perceber que a situação familiar é delicada no que tange ao problema de dependência do álcool e outras drogas, gerando muito sofrimento para a família, deixando-a vulnerável, fragilizada e marginalizada, suscitando nosso olhar para essa problemática, bem como sobre as crenças disfuncionais que estão presentes nos sujeitos envolvidos na trama familiar.

Paz e Colossi (2013) nos dizem que:

Compreender a dinâmica da família do dependente químico possibilita não apenas o entendimento que o sintoma exerce sobre seus membros, como pode ser capaz de apontar posteriores possibilidades de intervenção. Após a identificação da dinâmica familiar predominante na dependência química, pode-se pensar em recuperação, não apenas do indivíduo usuário/abusador/dependente químico, mas do sistema familiar em que está inserido (Paz & Colossi, p. 554).

Dessen (1998) nos mostra que a família em seu conceito não pode mais ser analisada como uma unidade nuclear tradicional. Hodkin, Vacheresse e Buffet (1996) demonstram, através de estudos com famílias, que também fazem parte da família outros membros como: namorado, avós, amigos íntimos, cunhados e até mesmo animais de estimação. É possível perceber também que o agrupamento nuclear é considerado central na maior parte das pesquisas que envolvem família, todavia a metodologia empregada pode afetar o relato acerca de quem ele considera como família.

Como nos mostra Sampaio (1984), a família é definida como um sistema, ou seja, um conjunto de pessoas entrelaçadas por suas relações, que atuam socialmente e procuram manter o equilíbrio dentro desse processo complexo. Enfrentam crises, exigindo, assim, um realinhamento para melhorar o funcionamento familiar.

Prata e Santos (2007) ressaltam que é necessário que a família possa superar as crises pelas quais passa conseguindo modificar-se, incluindo as diferenças de cada membro que os une como família, como os problemas que ocorrem na fase da adolescência. A adolescência tem sido alvo de muitos estudos e ficam evidências de que a família exerce um papel importante no desenvolvimento de seus membros, principalmente, nesta fase.

Jungerman e Zanelatto (2007) nos mostram que o problema da dependência, no contexto familiar, está intimamente ligado a fatores de ansiedade,

no sentido de o familiar querer obter respostas a seus questionamentos. Muitas vezes, o familiar que participa do grupo acredita que somente sua presença no grupo garante a “cura” ou que o tratamento deve prover a melhora do familiar que usa drogas.

Estudos nos mostram que a família teve seu perfil modificado em razão de muitas variáveis, fazendo com que a mesma fique afetada. É possível verificar muitas ocorrências referentes a esse contexto. Assim, família pode ser entendida como um conjunto de pessoas que fazem parte do mesmo núcleo, vivendo juntas, com pessoas com grau de parentesco ou amigos vivendo juntos, ou ainda cônjuges que se separam, avós que criam netos e outras formas de organização familiar (Jungermam & Zanelatto, 2007).

Jungermam e Zanelatto (2007) nos mostram que pessoas de uma mesma família estão conectadas, sendo necessário olhar essas conexões a fim de promover mudanças no comportamento indesejado. Não basta olhar somente para o indivíduo. Também, é preciso entender que há padrões nessas interações decorrentes do tempo em que vivem e convivem, e esses padrões podem estar relacionados a alguma influência, real ou imaginária.

Assim, podemos perceber que o problema das drogas não afeta somente o indivíduo, mas também todas as pessoas que mantêm certo grau de convivência com ele, prejudicando todo o sistema familiar.

Jungermam e Zanelatto (2007) elucidam que existe uma relação pouco saudável entre dependentes químicos e suas respectivas famílias, pois, ao lidarem com condutas e comportamentos inadequados na tentativa de ajudar, acabam por causar mais estresse. A situação estressante leva o adicto a manter o uso da droga ou mesmo agrava o consumo, sendo essa relação um tanto quanto problemática, em que um se alimenta e consome os esforços emocionais do outro.

4.1 Modelo sistêmico de família

É visto na sociedade que a família tem passado por inúmeros desafios e que a mesma teve seu perfil modificado em razão de motivos como globalização, mudança de valores morais, inserção da mulher no mercado de trabalho, presença de um aumento de divórcios na sociedade contemporânea, homossexualismo. Todos esses fatores contribuíram grandemente para

mudanças nos modelos de família e não podem ser desconsiderados, dada a tamanha complexidade do tema aqui discutido.

Minichiello, Maglio, Schmidt (2010) nos mostram, em seu estudo acerca dos modelos de família, que, na década de 1950, houve um aumento dos panoramas dos modelos de família que tentam explicar as características desta dinâmica na família no momento presente:

Un modelo sirve a propósitos tanto lógicos como epistemológicos. Los modelos sirven para simplificar fenómenos y para estimular nuevas líneas de investigación. En una primera etapa de investigación, permiten una descripción que organiza las observaciones. A medida que la disciplina científica madura, el énfasis cambia de la descripción de los eventos a la explicación de los mismos (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010, p. 1).

As autoras defendem que, em um segundo momento, os modelos familiares têm incorporado uma perspectiva mais ampla cujo caráter é mais social. Devem ser consideradas variáveis importantíssimas que influenciam todo funcionamento familiar, que são a cultura e a história do sujeito. Logo se observa que há maior conhecimento acerca do funcionamento familiar, bem como do desenvolvimento presente nos conceitos de família. Ainda na ciência e pesquisas conhecidas, podemos encontrar diversos modelos de família (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010)

O modelo familiar de Minuchim nos mostra que não se pode diferenciar a família normal da anormal pela ausência ou presença de problemas, pois se fazem necessários conceitos que nos permitam ser possível fazer uma análise da família (Minuchim, 1992).

Nosso estudo toma por base a psicologia sistêmica com o conceito de família de Minuchim para abordar essa variável. Dentro dessa perspectiva e percebendo a família como um sistema, é preciso considerar três fatores. Primeiramente, a família possui uma estrutura. É a estrutura de um sistema sociocultural em plena transformação. Segundo, a família está em desenvolvimento, passando por seu ciclo vital. E, em terceiro, a família passa por mudanças, crises, dificuldades e necessita adaptar-se e, assim, encontrar crescimento psicossocial para cada membro pertencente a ela (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010).

Minichiello, Maglio, Schmidt (2010) destacam que é possível perceber três subsistemas presentes na família:

El subsistema conyugal: compuesto por dos adultos que poseen una relación simétrica. Las funciones y pautas son de complementariedad.

El subsistema parental: tiene como tarea la de socializar al niño, hay una permeabilidad en relación al niño pero que debe quedar excluido de las relaciones conyugales.

El subsistema fraterno: es considerado como un laboratoriosocial de las relaciones, en tanto que los niños aprenden a cooperar, negociar y competir. En familias amplias aparecen subdivisiones al interior (por ejemplo, por edad). (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010, p. 4).

Assim, podemos considerar que, para uma família funcionar bem, de forma adequada, é preciso perceber os limites dos subsistemas, sendo possível, a partir disto, definir o nível de coesão da família. Segundo Minuchin, a família passa por pressões internas e externas originadas de suas necessidades específicas e das necessidades presentes na sociedade. A família deve adaptar-se e gerir os conflitos, negociando regras e novos subsistemas e transformando-se (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010). Ainda é possível constatar que o estresse pode desencadear um desajuste familiar, mesmo advindo de situações externas como desemprego, crise financeira e doenças.

Barnes, citado por Jungerman e Zanelatto (2007), afirma que a família e seus membros são pessoas conectadas, sendo necessário avaliar essas conexões, a fim de entender os comportamentos, bem como ser promotor de mudanças, não olhando apenas a perspectiva de um indivíduo. Assim, há a presença de pares de comportamento advindos da interação entre as pessoas.

Minuchin (1974) nos mostra que a família sempre tem sofrido mudanças que são paralelas às mudanças da sociedade e que a função da família serve a dois objetivos diferentes, um que é interno, ou seja, a proteção psicossocial de seus membros, e outro de caráter externo, que se trata da acomodação à cultura e sua transmissão.

Ressalta-se que todo estudo com famílias deve estar atento às questões sociais (Minuchin, 1974), pois, como vimos, a família sofre mudanças à medida que a sociedade também muda. A família se adapta às circunstâncias históricas, lembrando que ela é um sistema aberto em transformação. E, neste

processo, inevitavelmente, haverá conflitos que serão resolvidos por negociações de mudanças e transições e, assim, a família se adaptará com êxito. Esses conflitos oferecem à família oportunidade de crescimento, todavia, se não são resolvidos, os conflitos podem se tornar dificuldades ainda maiores (Munuchin, 1974).

4.2 Codependência

Gonçalvez (2010) nos mostra que a codependência é uma doença grave e necessita de tratamento, pois o familiar se torna dependente ao cuidar de alguém. A pessoa que manifesta o comportamento codependente assume um papel compulsivo quando descobre que um familiar está envolvido com drogas, o que gera sofrimento por antecipação, e, à medida que a situação piora, ocorre mais sofrimento, vivendo sintomas de estresse.

A codependência é complexa. As pessoas são complexas, cada pessoa é diferente, assim como as situações são diferentes, algumas pessoas têm experiências extremamente debilitantes e dolorosas com a codependência, outras são moderadamente afetadas. Às vezes, a codependência é a resposta ao uso de droga de outra pessoa; às vezes, não. Cada codependente tem uma experiência diferente, decorrente de sua situação, de sua história e personalidade (Beatte, 2007).

Stanton, Todd e colaboradores (2006) destacam que a drogadição pode ser considerada um processo cíclico que envolve três ou mais indivíduos: o adicto e seus pais, pessoas que constituem um sistema íntimo, interdependente e interpessoal. Há momentos em que o equilíbrio, neste sistema, fica ameaçado, por exemplo, em uma situação de separação conjugal. Quando tal fato acontece, o adicto muda seu comportamento e cria uma situação na qual necessita de atenção, fazendo o adicto usar mais droga, assim os pais passam do conflito conjugal ao apego parental.

Deusen, Stanton, Scott, Todd e Mowatt (2006) afirmam que, quando os membros da família estão envolvidos no tratamento do seu familiar, o sistema pode modificar-se para que de forma positiva se ajude o abusador a superar a adicção ao invés de se manter no comportamento. Tal fato nos convence de que a participação da família é de extrema valia no tratamento de adictos que buscam ajuda para superar essa problemática.

4.3 A estrutura familiar e a influência na recuperação de DQ

Onde há uma família vivendo o problema das drogas, há também uma família em grande sofrimento, pois não quer acreditar na realidade. O maior desejo da família é ter seu familiar (filho, marido, esposa) imune às drogas ou longe desse problema que tanto tem afetado nossa sociedade.

Nesse ínterim, Arterburn e Burns (2012), nos mostra que todo pai deseja crer que seus filhos irão escapar da epidemia da dependência química, no entanto não há formas de torná-los imunes e todos estão à mercê dessa situação. Com base nesses dados, a família pensa que o uso de drogas jamais irá acontecer a ela.

A negação surge no processo em que a família nega o que está acontecendo e tal negação ocorre de diversas formas. O objetivo é não entrar em contato com o sofrimento, pois a família sente vergonha e culpa (Arterburn e Burns, 2012). Tal fato demonstra o medo de ver filhos e parentes próximos em contato com drogas. Trata-se também de um mecanismo de defesa.

A família é atravessada por intenso sofrimento, sentimentos de raiva, sensação de fracasso e impotência, o que repercute nas relações de forma intensa e destrutiva. A agressividade e a violência presentes no comportamento do dependente químico provocam medo e insegurança principalmente pelo desconhecimento do que fazer diante da situação e pela falta de apoio dos serviços de saúde (Pinho *et al.*, 2012; Seadi e Oliveira, 2009; Siqueira *et al.*, 2012 *in* Costa, Cenci & Spies, 2014).

Uma pesquisa realizada em 2010 com 256 famílias colombianas corrobora os resultados das pesquisas nacionais sobre as associações entre relações familiares disfuncionais e o uso de drogas por um membro da prole. Os fatores protetores apontados foram demonstrações de afeto, através de brincadeiras e conversa de suporte social, resolução de conflito via diálogo, flexibilidade na educação familiar e existência de normas. De outro modo, os fatores de risco encontrados foram baixa coesão familiar, dificuldades para tomar decisões e resolver os problemas através da participação democrática de todos os membros da família, comunicação disfuncional e ausência de relações de afeto e carinho (Arias e Ferriani, 2010 *apud* Costa, Cenci & Spies, 2014).

A maior influência sobre os filhos em relação às drogas e bebidas ilícitas são os pais. Muitos estudos mostram que quando crianças e adolescentes têm contato com drogas, maior será a probabilidade de se tornarem consumidores dessas substâncias, pois aprendem a se comportar dessa forma. Ou seja, diante qualquer dificuldade ou frustração que tiverem, recorrerão às drogas para obterem alívio.

Andrade, (2011) Rodrigues *et al.* (2012) explicitam, em um estudo com famílias em situação de drogas, fatores que indicam fragilidade de vínculos conjugais e parentais, problemas para impor limites e até acompanhar o desenvolvimento dos filhos. Esses fatores, somados à falta de apoio de outros segmentos da rede primária, como amigos e vizinhos, e da rede secundária, como escolas e comunidade local, podem ter contribuído para a exposição da prole a riscos e aumentado as chances de envolvimento com drogas, corroborando outros estudos que apontam essa perspectiva.

Uma pesquisa com familiares de dependentes de crack indica que os percalços enfrentados pelos casais repercutiram negativamente nas inter-relações dentro do núcleo familiar e prejudicaram a funcionalidade dos subsistemas, predispondo a família a condições de vulnerabilidade (Costa, Cenci & Spies 2014).

Costa, Cenci, Spies (2014) nos mostram que a dependência química de um filho envolve muito sofrimento tanto para a família quanto para o próprio dependente. Tal sofrimento é vivido como um decreto de falência da família ideal. Neste estudo, percebe-se que o enfrentamento da adicção se tornou uma oportunidade para viver a conjugalidade e fortalecer o vínculo familiar.

Segundo Fligie (2007), como citado em Cardim e Lourenço (2008), a terapia cognitivo-comportamental vê o uso abusivo de drogas como um comportamento condicionado, reforçado por dicas, insinuações e contingências existentes dentro da família.

Segundo os estudos de Stempliuk e Burziteim (1999), acerca de familiares de dependentes em cocaína, percebe-se a presença de uma mãe superprotetora, apegada e permissiva. Mães que negam o problema ou escondem na tentativa de preservar outro familiar. O pai aparece como uma figura distante, que não se envolve na problemática familiar, alguém que prefere outorgar sua autoridade paterna e envolver-se em outras atividades. Fleming

(2001) nos mostra que os fatores familiares desempenham um papel essencial na gênese e no desenvolvimento da adicção.

Como nos mostra Horta (2007), a Clínica Engajada amplia o olhar sobre esses fenômenos e aborda as famílias nas condições histórica e social, específicas de cada tempo. A família não ocupa, aqui, sinônimo de causalidade dos fenômenos, mas é parte ativa dos processos, é interação de produção de sentidos e de narrativas que reconstituem a memória e que fazem a história. As famílias podem ser protetoras ou fonte de processos geradores de sofrimento.

Rigotto e Gomes (2002) nos apontam que as situações de desamparo estão associadas ao conflito entre esses jovens e suas famílias. Em um estudo com adictos sobre a prevalência da recaída, chegou-se à conclusão que a escolha pela droga implica sair de casa mesmo que o adicto tenha que morar na rua, porém as condições debilitadas e a cronicidade do uso da droga desencadeiam a solicitação de ajuda de familiares, que fora tantas vezes oferecida, mas até certo momento negada.

Nesse mesmo estudo, a família e seus vínculos aparecem como base para reestruturação da vida desses jovens, como um motivador a buscar abstinência e recuperação. Assim, também foram reconhecidos como fontes de apoio: a família, grupos de autoajuda, a religião e o acompanhamento psicológico. São pessoas de referência no ambiente familiar: os pais, tios, esposas, favorecendo suporte positivo na reabilitação (Rigotto & Gomes, 2002).

Assim, podemos afirmar que a dinâmica da família terá forte influência no caminho que o DQ percorrerá diante das drogas, bem como no percurso que o leva para recuperar-se e em suas prováveis recaídas. Se essa família for funcional, em que não haja situações conflituosas, ou situações que gerem sofrimento, será mais fácil o manejo e a influência positiva no que tange ao uso e abuso de drogas.

Da mesma forma, a estrutura familiar que conta com um pai, uma mãe presente, poderá resistir de forma mais efetiva à influência da droga no seio da família e promover ambiente sadio para a recuperação de um adicto.

Segundo Brown, Tate, Vik e Aarons (1999), uma relação familiar estável acompanhada de boa educação dada pelos pais são constituintes de um bom aparato emocional para as crianças, pois a partir do aprendizado com os

pais tem-se uma grande influência quando se chega à fase da adolescência. A associação por parte dos pais em relação ao uso de SPA tem a ver com o uso dos filhos.

Destarte, podemos compreender que uma família coesa pode influenciar na recuperação do DQ propiciando recaídas ou não; não estamos apontando a família como culpada, todavia pode-se claramente observar a forte referência que os pais têm na vida dos filhos, o quanto o comportamento pode ser reproduzido em caso de pais dependentes e, ainda, como o contexto social pode deixar o sujeito vulnerável, tanto a iniciar no campo das drogas, quanto a não resistir e voltar a usar.

A estrutura familiar é o conjunto invisível de demandas funcionais que organizam os modos em que interatuam os membros de uma família. A família atua através de pautas transacionais, regras que demonstram o papel de cada um no contexto familiar. Pautas transacionais servem para regular os comportamentos dos membros da família (Minuchim, 1974).

4.4 A família como fator de risco ou de proteção para a recaída

Conhecer e compreender como a família funciona e se pode ser um fator de risco ou proteção ao adicto poderá nos dar suporte para atuar com programas eficazes no tratamento do DQ. Sabemos que a adicção ao álcool e a todas as drogas existentes tem muitas implicações neste universo tão complexo. Temos que considerar os fatores sociais, econômicos e os diversos tipos de famílias que existem em nossa sociedade, salientando que a situação de vulnerabilidade predispõe ao uso e abuso de SPA. Sabemos que muitos são os problemas decorrentes da adicção às drogas lícitas e ilícitas, porém muitas vezes não é dada a devida atenção às relações familiares, bem como aos fatores risco e proteção, o que poderá se constituir um evento propiciador das recaídas.

Percebe-se que, no âmbito familiar de adictos ao álcool e outras drogas, existe uma grande demanda de sofrimento e de sentimentos negativos, levando os familiares a descarregarem suas tensões de forma negativa e disfuncional. Beck (1976) faz menção a crenças nas quais o indivíduo demonstra em suas atitudes e modos de agir seus pensamentos e emoções (Dobson & Dozois, 2006).

Por todo o exposto, questionamo-nos o que vem a ser risco e proteção, o que seria colocar a família em risco de uma recaída, ou mesmo o que seria proteger um ente querido de retomar o comportamento de usar a droga. Sobre risco e proteção, Shencker e Minayo (2003) elucidam que:

Proteger é uma noção que faz parte do contexto das relações primárias e do universo semântico das políticas sociais. Significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação. A expressão consagrada fatores de risco designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social. (Shencker & Minayo, 2003, p. 708).

Stanton, Todd e Colaboradores (2006) apontam que o abuso de drogas, normalmente, origina-se na adolescência, estando vinculado a um processo normal, todavia problemático, que inclui o crescimento, os novos comportamentos e experiências, o desenvolvimento de relações íntimas, relacionamentos heterossexuais, bem como as relações familiares.

É visto, nos estudos sobre adictos e seus familiares, que há, no padrão de criação de filhos homens adictos, uma mãe envolvida em uma reação indulgente, apegada, superprotetora, permissiva com o adicto, e este ocupa a posição de um filho favorecido. Em contrapartida, encontra-se um pai distante, desapegado, ausente. As relações entre pai e filho, em que o filho é um adicto, em relação às famílias normais, é marcada por conflitos e são descritas pelo adicto como muito negativas, com disciplinas rudes e incoerentes, e, geralmente, são pais que fazem uso de álcool (Stanton, Todd e colaboradores, 2006).

Stanton, Todd e colaboradores (2006), como citado em Schwartzman, descrevem dois tipos de pais de adictos: o primeiro é um homem violento, mas facilmente controlado pela mãe; e o segundo tipo é um pai distante que está em segundo lugar depois da mãe no que se refere ao poder exercido na família. Os irmãos do adicto podem vir a ter uma relação mais positiva com o pai. Em contraste com os homens, as mulheres adictas têm mães consideradas superprotetoras e autoritárias e seus pais são considerados inaptos, sexualmente agressivos, alcoolistas, sendo prevalente o incesto e a violência sexual. Segundo estimativas, em 90%, é possível também constatar que há a presença de privação parental, em que homens e mulheres

puderam experimentar a morte ou a separação de um dos genitores, comumente ocorre a perda do pai.

Os autores supracitados nos apontam que, nos estudos sobre abuso de drogas, passa despercebido o grau em que usuários de drogas se relacionam com as pessoas que os criaram e que existem provas de que, apesar de demonstrarem um comportamento de independência, a maioria dos DQ mantém laços familiares estreitos e, mesmo que não vivam com os pais, podem residir perto. Porém, cabe ressaltar que viver com os pais ou vê-los com certa frequência não é por si só indício de disfunção. Tais situações podem ser naturais dependendo do contexto sociocultural. Apego familiar não implica drogadição. O que se deve observar é a qualidade das relações familiares e a estrutura operativa e funcional dentro das famílias em que há DQ (Stanton, Todd e colaboradores, 2006).

Segundo Stanton, Todd e colaboradores (2006), inúmeros fatores extrafamiliares também podem influenciar e ameaçar o sistema familiar e desencadear o ciclo adictivo, como a perda de um emprego, a morte dos pais, uma doença grave em um familiar, o casamento ou a partida de um irmão. Os sistemas sociais, as instituições legais podem também afetar o adicto, porém a influência familiar é preponderante e primordial. Essa força familiar pode atenuar ou acentuar o impacto das forças internas. Sejam quais forem as variáveis que afetam o início da adicção, nos casos com famílias presentes, podemos sustentar que a família é um fator crucial na determinação da permanência na adicção à droga.

Ressaltamos que, com um tratamento efetivo, a família pode contribuir para que o adicto abandone a droga. Os pais se encarregam de interceptar velhos hábitos produzindo novos, nos quais relações e padrões comportamentais aprendidos percam força. Ter em conta o rol da família e seu funcionamento poderá propiciar risco ou proteção e possibilitar êxitos ou fracassos do tratamento. Em algumas famílias, a presença do adicto em um programa de tratamento já basta para manter a estabilidade familiar, porém, em outras, isto não basta, e, diante de uma crise familiar ou um problema, o adicto abandona o tratamento, retomando o comportamento de usar a droga (Stanton, Todd e colaboradores, 2006).

Jungermam e Zanelatto (2007) ressaltam que estudos comprovam acerca da importância da família. Ela está intimamente relacionada ao au-

mento da busca de tratamento por parte do DQ. Quando o DQ busca ajuda, a família se sente mais feliz, independentemente do comportamento do familiar dependente.

Jungermam e Zanelatto (2007) apontam, em seu livro para tratamento de usuários de maconha e seus familiares, que muitos estudos têm comprovado que, quando as famílias participam ativamente, ou seja, com um tratamento adequado a elas, isto corrobora para a cessação do comportamento do adicto em usar a droga. Isto confirma a hipótese de ser positivo acompanhar não só o adicto, mas toda a família; mesmo em casos em que há muitas recaídas, há melhora do relacionamento familiar, o que se constitui um fator de proteção.

As autoras acima citadas apontam também o grande suporte familiar que o grupo Al-Anon tem oferecido há longo tempo em nossa sociedade e que as famílias que recebem esse suporte têm demonstrado, em estudos, que há uma considerável diminuição dos quadros de estresse, depressão e sentimentos negativos, sendo isto um aspecto positivo (Jungermam & Zanelatto, 2007).

Ainda, destaca-se a presença de inúmeras casas de recuperação para adictos que mantêm grupos de apoio direcionados a famílias, Comunidades terapêuticas, Rede Abraço, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), clínicas particulares que dedicam esforços para a mudança do comportamento aditivo e ajuda para a família, no sentido de propiciar qualidade na recuperação e no tratamento da dependência química.

5

Estratégias de enfrentamento

Por estratégias de enfrentamento, entendem-se as ações, comportamentos e pensamentos da pessoa para lidar com situações estressantes. Folkman e Lazarus (1980) percebem que a maior utilização da estratégia de enfrentamento no ambiente está voltada para o problema e há também o foco na emoção. Sendo assim, enfrentamento é compreendido como o esforço cognitivo e comportamental para lidar com as adversidades, estresse, situações externas ou internas, não importa se essas situações venham da família, do trabalho ou se são causadas por um evento emocional.

Como nos mostram Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), as estratégias de enfrentamento são utilizadas pelas pessoas como um esforço para lidarem com situações crônicas e agudas, sendo sua investigação de caráter amplo.

Rice (1984) nos ensina que enfrentamento significa, literalmente, enfrentar um obstáculo. Enfrentar também quer dizer vencer uma ameaça, algo que necessita ser superado. Todavia, os esforços de enfrentamento nem sempre são saudáveis e construtivos, sendo muitas vezes prejudiciais, pois há sujeitos que adotam estratégias que levam a outros problemas.

Para tratarmos do assunto estratégias de enfrentamento, é necessário entender o conceito de avaliação (Appraisal). Camerini (2008) nos diz que a avaliação consiste em estabelecer a relação entre a situação e o ambiente e as metas pessoais. Este não é um processo consciente, senão inconsciente e automático, não consta de passos, mas podemos analisar e descrever como

um processo integrado por processo de avaliação primária e secundária, integradas por três componentes: a avaliação primária se refere à forma como a situação afeta os objetivos da pessoa. Está integrada por três considerações, a saber: relevância ou nenhuma relevância é saber se a situação influencia nas metas e objetivos. A congruência diz se a situação é favorável à realização da meta, ou se é desfavorável. Classe de envolvimento do ego significa saber quais aspectos afetam a identidade da pessoa, ou seja, se afeta a autoestima, a estima social, os valores morais, as crenças, as metas vitais, outras pessoas e seu bem-estar. A avaliação secundária se refere às possibilidades de enfrentamento, aos recursos disponíveis e às expectativas de um futuro.

Pela função adaptativa das emoções, esta avaliação é imprescindível. A capacidade de enfrentamento se refere às competências que a pessoa acredita ter para enfrentar a situação, às possibilidades que a pessoa acredita ter de resolver os inconvenientes, de ultrapassar os obstáculos e superá-los (Camerini, 2008).

Compas (1987) nos fala que a definição de enfrentamento inclui reações ao estresse e todas as formas de lidar com o estresse. Esforços de enfrentamento podem estar focados no problema (coping focado no problema) ou focados na emoção, propostas originais de Lazarus e Folkman, ou seja, o esforço para agir sobre o evento estressor inclui estratégias entre o indivíduo e o meio ambiente.

Carver, Scheier & Weintraub (1989); Endler & Parker (1999); Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker (1985) informam que se classificam estratégias de enfrentamento quanto à função em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. Quando pensamos em enfrentamento focado no problema, podemos perceber que o indivíduo está comprometido no manejo ou na modificação do problema ou situação causadora de estresse, na tentativa de controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio; assim temos estratégias ativas de contato com o evento estressor, como solução de problemas e planejamento. Já o enfrentamento focalizado na emoção regula a resposta emocional causada pelo problema pelo qual a pessoa passa, podendo ocorrer comportamento de afastamento, como negação ou esquiva. Todavia, diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas, simultaneamente, para lidar com a fonte estressora. Estudos têm identificado ainda outras estratégias de enfrentamento, como busca de suporte social, religiosidade e distração.

Autores enfatizam que o enfrentamento no modelo interativo do estresse observa os resultados adaptativos e não os aspectos psicopatológicos de possíveis respostas de enfrentamento; valoriza as diferenças individuais, tanto na avaliação quanto na utilização das estratégias de enfrentamento; compreende o enfrentamento no contexto da situação específica e das demandas particulares, ou seja, a singularidade presente no contexto do evento estressor (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parker, 1999; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985).

Autores que têm o olhar para o enfrentamento como respostas a eventos estressantes reconhecem que determinadas estratégias de enfrentamento podem sofrer maior influência de características de personalidade, todavia também podem sofrer maior influência de aspectos situacionais (Folkman & colaboradores, 1986).

Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira (1998) nos dizem que comportamentos associados ao enfrentamento podem ser aprendidos, usados ou descartados, podendo ser flexíveis e intencionais dentro de uma determinada realidade e orientados para o futuro.

Lazarus e Folkman (1984) nos trazem uma perspectiva para o enfrentamento através de um enfoque cognitivista. Essa estratégia de enfrentamento tem sido ligada a situações estressantes. Sendo assim, esse pensamento acerca das estratégias de enfrentamento enfatiza que estratégias podem variar de um momento para outro, durante as diversas circunstâncias que sejam geradoras de estresse (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

Cabe aqui ressaltar que os autores Lazarus e Folkman (1984) apontam que o modelo de estresse e *coping* envolve alguns aspectos a relevar, como: o *coping* é um processo e sua função é lidar com o evento estressante, portanto não se baseia em controlar uma determinada situação. Outro aspecto importante é que todo processo de *coping* envolve uma avaliação em que o sujeito faz esforços cognitivos e comportamentais para lidar com o estresse ocorrido (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

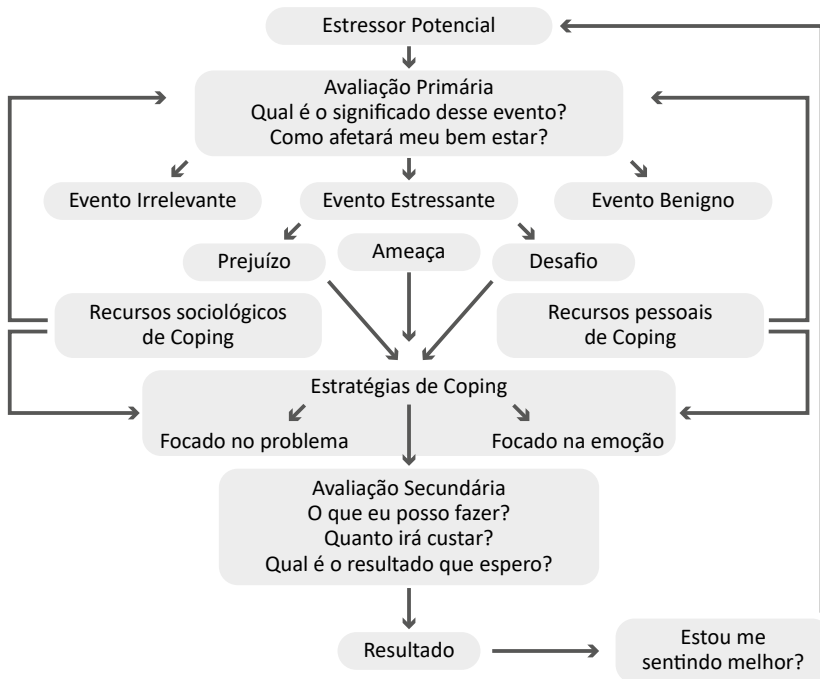


Figura 3. Modelo de Coping, proposto por Lazarus e Folkman (1984).

Fonte: Lazarus e Folkman (1984).

A partir do quadro acima, podemos afirmar que as estratégias empregadas pelo sujeito dependerão da avaliação que ele fará da situação, ou seja, o que implica esse evento? Como ele influencia a minha vida? Então, a partir dessa avaliação, o sujeito definirá o tipo de evento ao qual está submetido, se é irrelevante, se é estressante ou mesmo benigno, com questões a si mesmo, pergunta se é um desafio, se é uma ameaça ou um prejuízo. Sendo assim, percebe-se que depende muito de como o sujeito enxerga uma circunstância adversa. Posteriormente, a pessoa utilizará recursos de *coping* de natureza interna e social e poderá lançar mão de estratégias de *coping* focalizadas na emoção e no problema. Após isto, há ainda a avaliação secundária em que se questiona: o que posso fazer? Que estratégias usar? E, assim, pode-se chegar a um resultado satisfatório ou não.

Como vemos em Lazarus e Folkman (1985), o inventário de estratégias de enfrentamento é um questionário que contém 66 frases que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas

internas ou externas de um evento estressante específico. Geralmente, conta-se, em entrevistas, o que ocorreu.

Sávoia, Mejias e Santana (1996), em seus estudos acerca da validação do inventário de Lazarus e Folkman, verificaram que há eficácia para os estudos de enfrentamento (*coping*), segundo os padrões da psicologia. Frequentemente, formas de estratégias referem-se a tipos de ação reconhecíveis (Lazarus, 1996). Ao mesmo tempo, categorias devem ser classificadas em ordem superior (por exemplo: a abordagem de enfrentamento focalizado na emoção) de acordo com suas funções adaptativas. Embora essas categorias também sejam muitas vezes de enfrentamento, nos referimos a tais como “famílias” de *coping* para explicar que eles representam maior categoria de ordem, dentro da qual formas mais baixas de ordem de enfrentamento são aninhadas e que são, na sua maior parte, multidimensionais e multifuncionais. As abordagens ascendentes referem-se a estratégias utilizadas para classificar os casos de enfrentamento em categorias de menor ordem. Em geral, tais classificações são baseadas em itens individuais nos quais os participantes indicam a extensão em que eles apresentaram um comportamento de enfrentamento específico (por exemplo, “Eu tentei descobrir o que fazer”; “Eu recebi conselhos de alguém”, “Eu ignorei”, “Eu bebia muito”) para lidar com o evento estressante ou com o estresse em geral. A estratégia mais tipicamente usada para classificar itens é exploratória (Skinner *et al.*, 2003).

Do ponto de vista cognitivo, as estratégias de enfrentamento, segundo Folkman e Lazarus (1980), dividem-se em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. Sendo assim, *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, que surgem em situações de estresse. Esta definição demonstra que as estratégias de enfrentamento são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas.

As estratégias de enfrentamento se dividem em: Estratégias de Confronto, Estratégias de afastamento, Estratégias de autocontrole, Estratégias de suporte social, Estratégias de aceitação de responsabilidade, Estratégias de fuga e esquiva, Estratégias de resolução de problemas, Estratégias de reavaliação positiva.

A estratégia de confronto ocorre quando a pessoa apresenta uma atitude ativa em relação ao estressor.

A estratégia de afastamento está relacionada a estratégias defensivas. O indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação.

A estratégia de autocontrole diz respeito aos esforços da pessoa em buscar o controle das emoções frente aos estímulos estressantes.

A estratégia de suporte social está relacionada ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente.

A estratégia de aceitação de responsabilidade corresponde a aceitar a realidade e engajar-se no processo de lidar com a situação estressante.

A estratégia de fuga e esquiva ocorre quando o indivíduo fantasia sobre possíveis soluções para o problema, mas não toma atitudes para, de fato, modificá-las. Tende a fugir ou esquivar-se evitando o sofrimento.

A estratégia de resolução de problemas pressupõe o planejamento adequado para lidar com os estressores, buscando modificar o que está causando o estresse.

A estratégia de reavaliação positiva é dirigida para o controle das emoções que estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal.

Destarte, a identificação e a compreensão das estratégias de enfrentamento que o familiar utiliza diante da recaída deverá ser útil à prevenção de recaídas, diminuindo o sofrimento psíquico presente nas famílias com este problema e auxiliando no processo de adaptação à situação da adicção às drogas.

5.1 Coping focalizado no problema e coping focalizado na emoção

Lazarus e Folkman (1984) nos mostram que uma das formas de tentar mudar os problemas é tentando mudar a relação eu-ambiente. Esse tipo de estratégia de enfrentamento seria focalizado no problema. Essa seria uma forma mais racional para lidar com o evento estressor ou solucionar o problema. Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) elucidam que estratégias focadas no problema são mais utilizadas para modificar uma determinada situação geradora de estresse. A partir delas, poderá ocorrer reestruturação cognitiva ou uma ressignificação do elemento estressor.

Lidar com eventos estressantes provoca reações emocionais. O *coping* ou enfrentamento focalizado na emoção tende a diminuir o sofrimento ou a dor emocional. Rice (1984) nos mostra um importante fator a ser considerado. Ele defende que *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção não acontecem independentes um do outro. Sabemos que estratégias focalizadas na emoção envolvem mais o pensar do que o agir e são usadas em situações difíceis de modificar. Fazem parte delas questões como: aceitar uma doença, recursos de suporte social, distanciamento, distrações, pensamentos positivos, uso de substâncias (Lazarus & Folkman, 1984).

Ainda nos cabe ressaltar que as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ou no problema não podem ou devem ser vistas de forma independente uma da outra, ambas se complementam, exortam Lazarus e Folkman (1984). Podemos também compreender que ambas as estratégias são utilizadas em maior ou menor escala, sendo adequadas em cada tipo de situação ou motivo estressor.

Segundo Khalili, Farajzadegan, Mokarian, e Bahrami (2013), estratégias de *coping* que tendem a estar focalizadas na emoção são mais abordadas por pessoas do sexo feminino. Ainda devemos levar em consideração, em uma avaliação do *coping*, situações do sujeito como: cultura, nível socioeconômico, ou seja, todo o contexto social do indivíduo e suas características de personalidade.

6

Marco conceitual

A partir da revisão de literatura contemplada nesta obra, apresentamos, neste capítulo, o marco conceitual de nossa pesquisa. Ele se embasa nos resultados interpretados no presente estudo. Destacam-se as estratégias de enfrentamento da família dos adictos adolescentes em situação de recaída como nosso principal objeto de estudo, sendo necessária a definição conceitual dessas variáveis. Apresentamos também o estado atual da arte. Nesse ponto, expomos pesquisas encontradas nas bases de dados Scielo, Redalyc, Pubmed. Privilegiamos publicações dos últimos 10 anos. Estas foram pesquisadas durante o período de três meses (janeiro a março de 2015), em uma busca com as palavras-chaves: família, adictos, estratégias de enfrentamento, recaída, drogas, adolescentes, entre outras que asseguram a originalidade desta pesquisa e apontam a importância da mesma.

Ressaltamos, porém, que conceitos de DQ são extremamente importantes e apresentamos aqui nossa posição em relação a esses conceitos. Sendo assim, contemplaremos a seguir conceitos que nos auxiliam na compreensão dos fenômenos ora estudados.

Primeiramente, abordaremos o conceito de família, por ser o centro de nossa questão. Depois, o conceito de adolescência, por ser fator relevante em nossa pesquisa conhecer e definir o significado desta população a qual estudamos. Em terceiro lugar, contemplaremos o conceito de estratégias de enfrentamento, por ser necessário, a partir dos resultados, apontar a significância que tem essa variável. Apontaremos, em quarto lugar, o conceito de DQ, no qual está envolvida e, certamente afetada, a família do adicto. E, em

quinto e não por ser mais ou menos importante, o conceito de recaída, fenômeno o qual temos observado presente nas famílias que vivem ou convivem com um DQ.

A ordem de apresentação dos conceitos não os define como sendo mais ou menos importantes, cumpre o critério de seleção do presente estudo. Sabemos o quanto é importante, a partir de muitos autores que estão sendo estudados nesta pesquisa, definir estes conceitos aos quais pudemos chegar a partir dos resultados encontrados e obter definições aproximadas de uma realidade empírica.

Assim sendo, cumpre citar que conceitos são definições que, ao largo de todo o estudo, vêm sendo explorados e pesquisados e, apesar de inúmeros autores já o terem dito, podemos nos posicionar quanto ao conceito mais adequado à nossa tese aqui defendida, o conceito que, sem dúvida, nos cabe dentro do tema abordado.

6.1 Estado atual da arte

6.1.1 Pesquisas sobre família de adictos

1. Paz F. P.; Colossi P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química.

Objetivo: Identificar a dinâmica relacional no contexto familiar, bem como compreender a dinâmica da família do dependente químico.

Abordagem: familiar sistêmica.

Amostra: Trata-se de estudo de caso exploratório, caso único de uma família composta por duas pessoas (um familiar e um dependente químico). A família foi acompanhada em psicoterapia e teve como critério de inclusão a frequência do paciente ao programa do CAPS.

Resultados: Os resultados consideram que a presença da família pode ser considerada como fator de risco ou de proteção em relação ao uso de drogas. Os autores supracitados compreendem que o sintoma regula o sistema familiar, mas também denuncia suas dificuldades de enfrentamento das crises específicas ao longo do ciclo vital.

2. Baharudin, D. F.; Zakaria, M. Z.; Ahmad, Z. A.; Hussin, A. H. M.; Mohamed, S.; Sumari, M.; Perdani, R. Sawai (2012). *The experience of fami-*

ly support by people in the recovery of drugs addiction. Faculty of leadership and management. University Sains Islam. Malaysia.

Objetivo: O objetivo deste estudo era olhar para as experiências de apoio da família em relação às drogas.

Amostra: Trata-se de um estudo qualitativo utilizando entrevistas semi-estruturadas com quatro usuários de drogas em recuperação. Vários temas foram identificados em relação à literatura sobre o apoio à família para pessoas em recuperação.

Abordagem: Sistêmica.

Resultados: Os resultados apontaram a importância do apoio da família na dependência de droga.

3. Abbas, S.; Farhad, A. Sajjad, S.; Nikooy, K. E. (2014). *The relationship between family cohesion and coping strategies with positive attitude to addiction among university students.* University of Guilan, Iran.

Objetivo: O objetivo do estudo era investigar a relação entre a coesão familiar e as estratégias de enfrentamento com atitudes positivas que favorecem o vício entre os estudantes.

Abordagem: Cognitivo-comportamental.

Amostra: Trata-se de um estudo descritivo em que foi utilizada uma amostra de 200 estudantes universitários que foram selecionados a partir da faculdade de Letras da universidade de Guilan, através de uma amostragem aleatória, em 2013 e 2014. Foi aplicado inventário para situações estressantes e também questionário.

Resultados: Os resultados demonstraram que houve relação positiva significativa entre as atitudes positivas ao vício, com emoção e esquiva, com estratégias de enfrentamento orientadas. Além disso, os resultados mostraram que houve relações significativas entre atitudes positivas ao vício entre estratégias de enfrentamento e coesão familiar.

4. O'Farrell, T. J.; Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and Family therapy in treatment for alcoholism. *Journal Marital Family.* Boston

Objetivo: Trata-se de uma revisão de estudos controlados com terapia de casal e família no tratamento do alcoolismo.

Abordagem: MFT (Terapia de Casal e Família) sistêmica.

Amostra: Estudos revisados desde 2003.

Resultados: Conclui-se que quando o alcoolista não está disposto a procurar ajudar, a MFT se mostra eficaz na ajuda para a família, no sentido de ajudar a lidar melhor e motivar os alcoólicos a entrar em tratamento. Dessa forma, a partir deste estudo foi possível concluir que a abordagem em MFT é claramente mais eficaz do que o tratamento individual.

5. Horta, R. L. (2007). Mulheres e drogas: o que a família tem com isso? Argumentos do Discurso Contemporâneo. Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Objetivo: Este estudo amplia a perspectiva do fenômeno a partir de um recorte de gênero, voltando-se ao exame da relação entre mulheres e substâncias psicoativas.

Abordagem: Psicologia Social.

Amostra: O espaço midiático, através dos veículos de comunicação impressa Veja, Zero Hora, Diário Gaúcho e Correio do Povo, é tomado como fonte documental para responder à questão do título: O que a família tem com isso? Os textos foram selecionados por mineração de textos e submetidos à análise argumentativa que leva à identificação das principais proposições, cada uma desdobrando-se em dados, garantias, apoios e refutações.

Resultados: Duas constatações foram destacadas: a emergência de estereotípias – algumas de gênero – e a importância de silêncios percebidos. Três estereotípias destacadas foram a distinção de sexo para as categorias profissionais, os casamentos mencionados serem todos heterossexuais e as medidas terapêuticas mencionadas incluírem apenas hospitalização e orientação médica para interromper o uso da substância. O silêncio passa quase despercebido. O silêncio é o fato de que, em nenhum texto, as questões ligadas às substâncias psicoativas são relacionadas à ordem política e econômica ou às dimensões sociais e históricas das comunidades. A proximidade entre esses silêncios e estereotípias (de gênero ou relacionadas aos papéis parentais) leva a um padrão repetitivo de atribuição dos problemas com drogas aos

indivíduos ou às famílias. Isso estabelece uma forma discreta de sustentação tanto do estado quanto dos mercados vigentes, mantendo o tecido social permeável aos produtos, que são as substâncias psicoativas. O estudo leva à recomendação do desenvolvimento de uma nova pedagogia para as famílias, através de um trabalho conjunto entre população em geral e profissionais de mídia, da saúde, da educação e das Ciências Sociais. Essa proposta deve garantir, desde sempre, espaços de interlocução com menos silêncios.

6.1.2 Pesquisas sobre recuperação de adictos

1. Sousa, P. F.; Ribeiro, L. C. M.; Melo, J. R. F.; Maciel, S. C.; Oliveira, M. X. (2013). Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança.

Objetivo: Identificar os estágios de motivação para a mudança em usuários de álcool e crack institucionalizados.

Abordagem: Psicologia Comportamental.

Amostra: 200 dependentes químicos em tratamento.

Resultados: Verificou-se que a maioria dos participantes se encontra no estágio de contemplação, enquanto os que estão em recuperação, por causa do uso do crack, apresentam maior motivação para a mudança, quando comparados com os indivíduos dependentes de álcool.

2. Costa, C. B.; Cenci, C. M. B.; Spies, D. W. (2014). Conjugalidade e parentalidade diante da dependência de crack de um filho.

Abordagem: Sistêmica Familiar.

Objetivo: Conhecer as repercussões da dependência de crack de um filho na dinâmica conjugal e parental de acordo com a percepção dos pais.

Amostra: Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório com três casais escolhidos através da análise dos prontuários dos filhos dependentes de crack de uma Clínica de Reabilitação situada no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Resultados: O estudo identificou que a dependência de crack de um filho reverbera negativamente na relação conjugal e envolve muito sofrimento para o par parental. Durante a tentativa de resolver a problemática do crack,

podem-se apresentar espaços para o casal conjugal e parental ressignificar as relações familiares.

3. Haas, J.; Angonese, A. S.; Oliveira, L. A. (2013). A autoimagem de adolescentes do gênero masculino no tratamento da dependência química. *Unoesc e ciência*. ACHS, v. 2, n. 2, p. 110-119.

Abordagem: Fenomenologia.

Objetivo: Conhecer a autoimagem e os sentimentos envolvidos nos adolescentes, na vivência de um momento de privação da liberdade, ou seja, conhecer esses adolescentes para fazer futuras intervenções.

Amostra: Quatro adolescentes do gênero masculino. Utilizaram-se desenhos e entrevistas.

Resultados: Fazendo uso de elementos percebidos nos desenhos, pôde-se constatar a correlação existente entre estes e as falas obtidas em entrevistas. Em um ambiente interno de conformismo com a situação atual, essa autoimagem revela-se feliz a partir das verbalizações dos entrevistados, embora se mostre dependente. Dessa forma, pode-se, agora, ao fim desta pesquisa, pensar em formas de intervenção em nossa região, a qual não dispõe de nenhum serviço especializado para o tratamento da dependência química.

4. Rojas, E.; Real, T.; Silbermam, S. G.; Mora, E. M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz, México. *Salud Mental*, v. 34, n. 4.

Objetivo: Conhecer o que se havia investigado, através de uma revisão sistemática dos estudos revisados, e assim avaliar os programas de tratamento.

Abordagem: Pesquisa conceitual.

Amostra: Foi realizada uma revisão bibliográfica publicada de 1980 a 2010 nas bases de dados e centros de documentação especializados.

Resultados: Foram localizadas 220 publicações sobre o tratamento no México, das quais somente 26 (11,6%) corresponderam a ensaios clínicos para avaliar o impacto de diferentes intervenções.

Ao analisar as publicações, verificou-se que os tipos de tratamento mais utilizados são: o cognitivo-comportamental breve e a terapia motivacional, o programa “La família enseñante” e a terapia centrada na solução de

problemas. Foi enfatizada a importância de implementar programas dirigidos a populações específicas e de acordo com cada tipo de droga.

6.1.3 Pesquisas sobre recaída

1. Silva, A. C. e outros. (2011). Situações de recaída e família de origem: um estudo sobre a percepção de dependentes químicos. Centro de Estudos da Família e do Indivíduo/Núcleo de Pesquisa.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo relacionar a percepção acerca da família de origem e as situações de recaída que mais aparecem em dependentes químicos em tratamento, além de pontuar quais estratégias de enfrentamento são utilizadas em situações de risco.

Abordagem: Cognitivo-comportamental.

Amostra: 50 pacientes em tratamento para a dependência química vinculados ao Centro de Estudos da Família e do Indivíduo – CEFI, sendo 21 residentes de uma comunidade terapêutica vinculada à sede do CEFI em Cuiabá/MT e 29 pacientes vinculados à sede de Porto Alegre/RS. Todos os participantes são do sexo masculino e apresentam idades entre 17 e 56 anos. É uma pesquisa quantitativa que adotou como instrumentos um questionário sociodemográfico, o *Family Background Questionnaire*, e o Inventário de Estratégias de *Coping*.

Resultados: Os resultados para o presente estudo se mantiveram na média. Destaca-se que os participantes estavam em tratamento para dependência química e tal resultado é um reflexo da recuperação. Nesse sentido, cabe ressaltar que os escores podem ser melhorados diante do tratamento. Ademais, as estratégias de enfrentamento podem ser ensinadas desde a infância, através da família.

2. Alvares, A. M. A. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída ao alcoolismo. Faculdade de Psicologia, Universidade da Havana.

Objetivo: Existe uma prevalência estimada de 11,2% de alcoolismo no Brasil. As tentativas de muitos alcoolistas para abandonar o consumo resultam em fracassos e recaídas. A frequência de recaída, segundo estudos, oscila entre 10% e 30%, assinalando-se diferentes causas. O objetivo do presente estudo foi conhecer os fatores que favorecem as recaídas.

Abordagem: Cognitivo-comportamental.

Amostra: Aplicaram-se entrevistas e questionários “Fatores de Recaída” e “Razões para Beber” a 105 alcoolistas primários de ambos os sexos e com predomínio de alcoolismo puro.

Resultados: Os principais fatores de recaída são a pressão social, os conflitos interpessoais, os estados emocionais negativos, assim como a própria dependência fisiológica e psicológica.

3. Rezende, M. M.; Pelicia, B. (2013). Representação da recaída em dependentes de crack. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Ed. port.), v. 9, n. 2, Ribeirão Preto.

Objetivo: Esta pesquisa teve como objetivo verificar as representações da recaída em dependentes de crack à luz da teoria de Moscovici.

Abordagem: Representações Sociais.

Amostra: O estudo foi realizado com seis participantes que estavam em tratamento de dependência química em uma residência terapêutica. Para coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada; o tratamento dos dados foi feito com a Análise de Conteúdo.

Resultados: Os resultados apontam a dificuldade de os entrevistados ultrapassarem a desintoxicação e a meta da abstinência. Conclui-se que a idealização da meta da abstinência é indissociável da constante ameaça de recaída, representada como qualquer consumo de substância psicoativa durante ou após o tratamento.

4. Pires, F. B.; SchneiderII, D. R. (2013). Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 65, n. 1, Rio de Janeiro.

Objetivo: O objetivo desta pesquisa era desvelar os projetos de vida de um grupo de alcoolistas e explorar possíveis relações entre tais projetos e as recaídas no uso do álcool, por um lado, e as possibilidades de recuperação, por outro.

Abordagem: Psicologia Sócio-Histórica.

Amostra: Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com alcoolistas internados em enfermaria especializada de um hospital geral, as quais foram codificadas e analisadas conforme a Teoria Fundamentada nos Dados.

Resultados: Dentre os resultados, destaca-se a postura passiva da maioria dos entrevistados: predominam relatos de esperança de recuperação e melhora em vários aspectos da vida, porém com pobreza de planos concretos e tendência a guiar suas vidas em função do tratamento.

5. Waters, M. R.; Andrew, J.; Wetering, V.; Ben, J. M.; Franken, H. A. (2013). Implicit and explicit drug-related cognitions during detoxification treatment are associated with drug relapse: An ecological momentary assessment study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 81(1), Feb.

Objetivo: Utilizando avaliações momentâneas ecológicas, examinou-se se o desejo e cognições avaliadas durante o tratamento de desintoxicação de drogas foram associados com recaída.

Abordagem: Cognitivo-comportamental.

Amostra: Participaram 68 pacientes dependentes de heroína submetidos à desintoxicação clínica em um centro de tratamento da toxicod dependência. Os participantes completaram avaliações aleatórias (RAS) por dia. Eles também completaram uma avaliação quando experimentaram uma tentação de usar drogas (TA). Em cada avaliação, os participantes relataram sua ânsia e atitudes em relação à droga. Cognições implícitas foram avaliadas com um viés intencional e um Teste de Associação Implícita (atitudes implícitas).

Resultados: Os indivíduos que recaíram durante a semana do estudo apresentaram um viés de atenção maior e atitudes implícitas mais positivas às drogas. Os processos cognitivos relacionados com a droga, que foram avaliados com avaliações ecológicas, foram associados com recaída. A avaliação em tempo real do desejo e das cognições pode ajudar a identificar quais os indivíduos estão em risco de recaída e quando eles estão em risco.

6.1.4 Pesquisas sobre estratégias de enfrentamento

1. Carver, Charles S.; Scheier, Michael F.; Weintraub, Jagdish K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 56(2), Feb.

Objetivo: Desenvolver um inventário multidimensional de enfrentamento para avaliar as diferentes formas pelas quais as pessoas respondem ao estresse.

Abordagem: Cognitivo-comportamental.

Amostra: Cinco escalas (de quatro itens cada) medem aspectos conceitualmente distintos de enfrentamento focalizado no problema (enfrentamento ativo), planejamento, supressão de atividades concorrentes, a contenção de enfrentamento, em busca de apoio social instrumental; cinco escalas mediram aspectos do que pode ser visto como focado na emoção, tais como: busca de apoio socioemocional, reinterpretação positiva, aceitação, negação, voltando-se para a religião. Tais fatores demonstram certa semelhança com nossa pesquisa.

Resultados: O estudo reporta o desenvolvimento de itens da escala, aponta relatórios de correlações entre as diversas escalas de enfrentamento e várias medidas de personalidade relevantes em um esforço para fornecer informações preliminares sobre validade convergente e discriminante do inventário. É possível observar que o inventário para avaliar as respostas de enfrentamento entre um grupo de estudantes universitários que estavam tentando lidar com um episódio estressante específico também permitiu uma primeira análise das associações entre tendências de enfrentamento situacionais. Isso demonstra o quanto esta pesquisa se assemelha à nossa, partindo do pressuposto que as estratégias não são somente constructo da personalidade, mas que podem estar somente ligadas à situação ou fonte estressora.

6.2 Conclusão e discussão do estado da arte

No estado da arte, a partir de revisão bibliográfica feita nas bases de dados Scielo, Pubmed e Redalyc, foi possível observar que se encontram na comunidade científica poucos estudos que se refiram a estratégias de enfrentamento relacionadas às famílias de adictos em recuperação frente à recaída. As pesquisas focam no tratamento dos adictos, sua percepção, crenças, dificuldades em lidar com essa problemática, trazem à luz da psicologia a importância da família, porém não falam diretamente das estratégias de enfrentamento do familiar em relação à recaída. As pesquisas realizadas mostram que a recuperação do adicto ao uso de algumas drogas, como por exemplo o álcool, tem mais probabilidade de sucesso.

Dessa forma, o assunto drogas relacionado às estratégias de enfrentamento da família do adolescente adicto frente à recaída torna nossa pesquisa original, ampliando o olhar que outrora fora somente dedicado ao adicto, elucidando a importância de saber como a família constrói suas estratégias de enfrentamento ante a recaída. As investigações mencionadas contribuem significativamente com o presente estudo, pois abordam as relações familiares, as situações em que ocorrem recaídas, fatores de risco, estágios de mudança de comportamento do adicto, e são conceitos importantes para esta pesquisa. Assim, também podemos questionar se a família do adicto se torna um fator de risco ou de proteção à recaída, além de encontrarmos estratégias de enfrentamento positivas ou negativas para a situação de recaída do adicto.

Contemplamos, também, a presença de pesquisas voltadas aos campos de tratamento, focadas em sinalizar a eficácia de um determinado tratamento para o adicto.

Cabe ressaltar que esse diálogo com outras pesquisas é um movimento importante para a ciência, pois favorece uma reflexão acerca do que se tem pesquisado e do que poderá vir a ser em um futuro bem próximo. Sabemos que toda pesquisa tem suas limitações e pesquisar pode ser algo muito amplo, especialmente em psicologia, em que se acolhem tantas demandas. Através dessa possibilidade de dialogar com outras pesquisas, podemos permear um contexto e também demonstrar a importância das mesmas, fazendo com que, de forma prática, nosso estudo sirva à sociedade como um todo.

6.3 Delimitação do conceito de família

Para tratar do assunto família, o presente estudo se embasa teoricamente no modelo sistêmico de família. Esse modelo propicia compreender a dinâmica familiar. Esta, por sua vez, tem sido objeto de muitas áreas de pesquisa, permitindo-nos ampliar o conceito de família, construindo novas concepções que, hodiernamente, diferem da família nuclear composta por pai, mãe e filhos.

Partindo desse pressuposto, Minuchin (1999) nos mostra que a família é uma pequena sociedade humana em que os membros possuem contato direto entre si, em que há interação. Há, então, um movimento em que também seus membros saíam para constituir novas famílias. Para o referido autor, as famílias são sistemas sociais em que se faz necessário ter atenção no próprio

sistema, pois uma parte irá influenciar a outra, fazendo com que todo sistema passe por inúmeras mudanças, períodos de estabilidade e instabilidade.

Minuchin (1974) destaca que a família, em seu funcionamento, deve estar atenta a padrões disfuncionais. As fronteiras devem ser nítidas, pois famílias que funcionam bem têm fronteiras bem definidas. Este estudo nos permite conhecer dinâmicas mais amplas de famílias, ou seja, há famílias em que até amigos mais próximos têm sido considerados membros da família. Pertence à família o indivíduo que demonstra preocupação, convive e se interessa, formando grupos que residem no mesmo ambiente. Caracteriza-se por pertencente aquele que participa das despesas, da divisão de tarefas e tem regras a serem cumpridas ou não.

Assim, diante da trama familiar, pensamos em uma possibilidade de demonstrar, através do modelo a seguir, o conceito atual de família considerado nesta pesquisa:



Figura 4. Modelo atual para conceito de família.

Fonte: Elaborada pela autora.

Minichiello, Maglio e Schmidt (2010) nos mostram que, desde a década de 1950, muitos modelos de família têm sido discutidos. Há tentativas de se especificarem as características da dinâmica familiar. As autoras elucidam que o modelo serve tanto para motivos lógicos quanto epistemológicos, possibilitando novas investigações e explicando certos fenômenos.

Conforme nos ensinam Minichiello, Maglio e Schmidt (2010), como citado em Walsh e Crosser (2000), o modelo psicanalítico mantinha a atenção dos estudos com famílias na relação mãe e filho, mas, ao fim da década de 1950, surgiram novas teorias tais como: sistêmica, cibernética e da comunicação humana. Passou-se, então, a contemporar o conceito de família a partir

das interações familiares. Assim, pode-se considerar uma primeira etapa, no que tange aos estudos com famílias, abarcando modelos de funcionamento familiares como o exemplo do modelo de funcionamento familiar de Minuchin. Já em um segundo momento, pode-se apreciar uma perspectiva mais ampliada em que se consideram a cultura e a história de vida.

Minichiello, Maglio, Schmidt (2010), como citado em Minuchin (1992); Doherty e Colangelo (1984), em seu estudo sobre famílias, trazem uma descrição acerca do funcionamento proposto por Minuchin em que retrata que a família deve enfrentar algumas tarefas vitais: tarefas básicas, como, por exemplo, prover alimento; tarefas de desenvolvimento, como nascimento de um filho; tarefas não normativas, como a doença de um dos membros. Explicitam, ainda, que, para cumprir com cada tarefa supracitada, a família tem um modo de funcionamento que lhe permite enfrentar os desafios que, provavelmente, aparecerão.

Existem muitos estudos acerca da família. Esses abarcam definições sobre o tema, bem como sobre seu funcionamento, todavia, neste trabalho, nos interessa o modelo de Minuchin, modelo sistêmico familiar, o qual será abordado e explicado neste capítulo.

Para Minuchin (1992), o modelo proposto nos diz que a família é um sistema operando dentro de um contexto que expõe três componentes, a saber: uma estrutura que faz parte de um sistema sociocultural e que está em permanente transformação. Esta estrutura diz respeito a uma forma e um modo de funcionar, demonstra um desenvolvimento através de seu ciclo de vida e competente adaptação, já que a família se adapta às circunstâncias adversas mantendo a continuidade e o crescimento da mesma (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010 como citado em Minuchin, 1992).

6.4 Delimitação do conceito de adolescência

A adolescência tem sido considerada uma fase de conflitos, mudanças e transição para a vida adulta. Nessa época, por diversos motivos, o adolescente se vê diante da família em algum tipo de conflito, o que é bastante comum de se observar socialmente. Assim, o que propomos, nesta etapa de nossa pesquisa, é delimitar o conceito de adolescência considerando a psicanálise como proposta dessa delimitação. Ressaltamos que é perceptível uma ausência de teorias conceituais do campo da TCC acerca da adolescência. O

que se encontram são definições do campo da psicologia do desenvolvimento. Nós nos identificamos com os conceitos trazidos por Susana Quiroga.

Quiroga (2007) demonstra, em seu estudo, a definição para a adolescência como sendo um fator multideterminado. Nesta etapa, ocorrem mudanças biológicas e fenômenos culturais. A autora apresenta uma cronologia para a adolescência que se subdivide em: temprana, média e tardia. Pontua, ainda, um ponto de vista biológico contemplando o corpo e seu funcionamento sexual, e um ponto de vista antropológico que considera a cultura e suas diversas formas de interação com o homem.

Por adolescência, podemos entender uma fase em que ocorre o crescimento do corpo e desenvolvimento dos hormônios sexuais, porém há, em contrapartida, um processo psicossocial que varia de acordo com as culturas. Em nossa cultura, isto dura, em média, 20 anos. Observa-se uma transição da infância à adultez (Quiroga, 2007).

Na adolescência, podemos encontrar o desafio da autoridade dos adultos. Isso demonstra desejo por independência dos pais. Nesta fase, o não impera a quase tudo que já lhe foi ensinado ou imputado. Esses comportamentos comprometem a integridade física e psíquica, com a presença de sexo prematuro, fugas repentinas, ações de risco que são exemplos de desafio da autoridade (Quiroga, 2007).

Este estudo abarca, em seu repertório, a adolescência média que, segundo Quiroga (2007), começa entre os 15 e os 16 anos e termina ao redor dos 18 anos. Este adolescente se caracteriza por terminar de estabilizar o processo de crescimento, permitindo-lhe sair em busca do outro em tentativas libidinais (Quiroga, 2007).

6.5 Delimitação do conceito de estratégias de enfrentamento

O conceito de *coping* ou enfrentamento tem sido muito estudado em diferentes frentes importantes para a psicologia por mais de 40 anos. Isso tem sido discutido, desde 1940 e 1950, em diferentes áreas com foco nas psicoterapias e também na educação. O termo enfrentamento tem sido usado de forma coloquial e também científica. Inicialmente, em 1940, fora entendido como um mecanismo de defesa, estando este ligado à função do ego, teoria que se embasava na psicanálise, afirmam Lazarus e Folkman (1984).

Em outros tempos, *coping* foi sendo associado a um mecanismo voltado ao futuro e em âmbito consciente. E, então, na década de 1960, Richard S. Lazarus e Susan Folkman (1984) trouxeram outro olhar sobre o *coping*, o qual explicitaremos adiante.

Neste capítulo, configura-se importante destacar o conceito que vem sendo aplicado e muito discutido a partir dos autores Lazarus e Folkman (1984). Estes definiram *coping* a partir de diferentes enfoques e não mais na perspectiva psicanalítica cercada de aportes tradicionais. Agora, Lazarus e Folkman trazem o olhar da teoria cognitiva que estaria mais ligada a situações estressantes. Apontam limitações e defeitos nas teorias tradicionais. Citam que as dificuldades maiores são mensurar e operacionalizar as estratégias. Cabe ressaltar que nos apoiamos nas definições aclaradas por Lazarus e Folkman (1984). Estes nos trazem o *coping* como um processo com múltiplas funções e influências em um contexto em que haja estresse. Pontua-se que a função principal é lidar com o estresse e não o domínio ou controle.

Podemos, então, definir, segundo Lazarus e Folkman (1984), enfrentamento como sendo um esforço cognitivo e comportamental constante de mudança para o manejo de uma situação estressante específica, que pode vir por um estímulo externo ou interno, de acordo com a avaliação da pessoa.

Todavia, o *coping* precisa levar em conta alguns itens, como: o *coping* enquanto um processo – um processo de *coping* terá três fatores a considerar: o primeiro, observar o que a pessoa atualmente pensa ou faz em contraste com o que a pessoa geralmente faz, gostaria de fazer; segundo, examinar o que a pessoa geralmente faz e pensa de acordo com o contexto, pois enfrentamento está intimamente ligado ao contexto social da pessoa. Terceiro, para falar de *coping* como processo é preciso falar de mudanças (Lazarus & Folkman, 1984).

Ademais, os autores nos trazem conceitos importantes e as múltiplas funções do *coping*. O enfrentamento também pode estar direcionado ou focalizado na emoção ou focalizado no problema (Lazarus & Folkman, 1980 como citado em Lazarus & Folkman, 1984). O enfrentamento focalizado na emoção consiste em um processo cognitivo e inclui estratégias de minimização do problema, distanciamento, atenção seletiva, comparações, uso de substâncias, apoio social, distração. E, como nos mostram Lazarus e Folkman (1984):

Many of these strategies derive from theory and research on defensive processes and are used in virtually every type of stressful encounter. A smaller group of cognitive strategies is directed at increasing emotional distress (Lazarus & Folkman, 1984, p. 150).

Lazarus e Folkman (1984) nos mostram que outra forma seria o enfrentamento focalizado no problema, isto é, utilizar estratégias para resolver os problemas, assim se consegue definir o problema, bem como obter alternativas para solução. Tal proposição inclui reavaliação ou mudança cognitiva.

Assim, podemos entender que enfrentamento se dá diante do esforço para superar uma situação de estresse. Esse estresse pode estar relacionado a eventos internos do sujeito, tais como: um quadro depressivo, uma doença; tanto quanto a eventos externos, como exemplo: a perda do emprego, uma reprovação na universidade. E, diante desses eventos internos ou externos, o indivíduo recorre a estratégias focalizadas na emoção ou no problema, deixamos claro também que uma forma não depende da outra, mas podem ocorrer concomitantemente.

6.6 Delimitação do conceito de dependência química

A dependência química tem sido, neste estudo, um importante conceito, pois nos permite compreender melhor esse fenômeno que tem assolado a sociedade com grande demanda, abrangendo drogas conhecidas, como: maconha, álcool, crack, cocaína, entre outras. Neste trabalho, nos concentramos em delimitar o conceito de DQ a partir do DSM-V (2015) e dos teóricos da Teoria Cognitiva que têm se preocupado em viabilizar tratamentos psicoterápicos que ajudem no transtorno de substâncias.

Segundo o DSM-V, sintomas centrais na DQ são: exposição excessiva e compulsiva à substância e um desejo incontrolável de usar, apesar das consequências. Segundo Negrão, Cordeiro e Filho *in* Dihel, Cordeiro e Laranjeiras e colaboradores (2010), é consenso que as DQ estão mais presentes em certas famílias e muito se tem sabido acerca da influência genética, por essa razão os autores apontam que é mister ter em mente que as DQ são doenças resultantes da interação de fatores genéticos com pelo menos um fator ambiental e o consumo da substância de uso ou de abuso.

Dihel, Cordeiro e Laranjeiras e Colaboradores (2010) elucidam que os critérios diagnósticos mencionam a dificuldade em parar de usar a droga mesmo querendo parar ou o colocar o uso como prioridade na vida. Destacamos que a DQ não depende somente da droga, mas também de todo o contexto em que está inserido o sujeito, o conjunto de interações sociais que facilitam e ou estimulam o abuso e sua permanência.

Segundo a OMS, o uso problemático de drogas seria aquele que causa danos à saúde, seja ele de natureza física, mental ou social. O CID-10 vem apresentando critérios diagnósticos para o abuso de drogas. Neste caso, o diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário. Prisões e brigas conjugais não são evidências de uso nocivo, a ressaca e a intoxicação também não evidenciam dano à saúde e, ainda, o uso nocivo não deve ser diagnosticado se houver comorbidades como transtorno psicótico.

Assim, podemos afirmar que o conceito de DQ é amplo e que devemos considerar o prejuízo à saúde, o prejuízo social e moral do sujeito observando contexto geográfico, econômico, social, cultural e história de vida.

6.7 Delimitação do conceito de recaída

O conceito de recaída está conectado ao conceito de DQ, já que este é um fenômeno muito observado em dependentes químicos que estão buscando recuperação em clínicas ou em comunidades terapêuticas. Neste estudo, nossa variável se constituiu muito significativa, pois os familiares dos adictos expuseram suas estratégias de enfrentamento na condição da recaída. Portanto trazemos aqui o conceito e a delimitação de recaída a partir da revisão bibliográfica mencionada.

Dihel, Cordeiro e Laranjeiras e Colaboradores (2010) nos mostram que a vulnerabilidade crônica à recaída é um grande desafio na DQ, pois a recaída se constituiu um risco que viabiliza para o adicto um tratamento contínuo. Um dos fatores mais presentes e precipitadores para a recaída é a fissura ou *craving*, que ocorre desencadeada pelo estresse, pelo ambiente e também por ansiedade, seria uma força que promoveria a busca pela droga.

Cabe considerar que há muitos aspectos neuronais envolvidos neste processo de recaída e, como nos mostram Dihel, Cordeiro e Laranjeiras e Colaboradores (2010):

Na recaída, ao risco representado pelo craving somam-se os sintomas da síndrome de abstinência protraída, resultante das neuroadaptações induzidas pelas drogas, a tudo isto se juntam, como fatores de risco para recaída, comorbidades psiquiátricas, condições socioeconômicas geradoras de estresse, desproteção e disponibilidade da droga (Dihel, Cordeiro & Laranjeiras, 2010, p. 31).

Assim, destacamos que a recaída pode ser entendida e conceituada como sendo o ato em retornar ao comportamento de usar a droga, de buscar pela droga de forma eloquente e assim abandonar o tratamento, dedicando tempo ao abuso e, portanto, ocasionando ao sujeito e sua família sérios prejuízos.

7

Desenvolvimento empírico

7.1 Problema de investigação

Nas comunidades terapêuticas, a recaída é de alta prevalência, dada a relevância desse fenômeno, que fora observado no serviço prestado durante um ano à Associação de Assistência Social - Projeto Vida, na cidade de Vila Velha - Espírito Santo. Durante esse tempo, trabalhamos diretamente com familiares de adictos. Nosso objetivo era possibilitar ajuda para enfrentar a problemática das drogas. Nossa estratégia era levá-los a compreender a droga, seus efeitos, bem como lidar com o adicto numa perspectiva de psicoeducação. Nessa época, nasceu o desejo de pesquisar as estratégias de enfrentamento desses familiares na situação de recaída.

Dessa forma, foi possível perceber a grande relevância em focar as estratégias da família de acordo com a classe econômica, o tempo de dependência e a quantidade de recaída, pois poderia existir a possibilidade de encontrarmos diferenças de estratégias de acordo com os níveis sociais, ou mesmo o tempo de dependência e a quantidade de recaídas do familiar adicto, sendo, então, plausível, a posteriori, intervir com um programa de enfrentamento direcionado a este tipo de familiar. Buscou-se, então, responder aos seguintes questionamentos: quais as estratégias de enfrentamento de familiares (familiar motivado) de adictos de diferentes níveis socioeconômicos ao álcool e outras drogas em tratamento frente à recaída? Existe correlação entre as variáveis de classe social, tempo de dependência e quantidade de recaídas ante as estratégias de enfrentamento?

Assim, será possível ampliar o conhecimento acerca das estratégias de enfrentamento que aparecem segundo o nível socioeconômico ao qual pertence o familiar do adicto e saber se há correlação entre estratégias de enfrentamento, tempo de dependência e quantidade de recaída e, assim, contribuir para o campo da psicologia cognitiva com enfoque nos comportamentos aditivos. Além disso, poderemos melhorar a relação do dependente químico com sua família, podendo o familiar contribuir de forma assertiva com a recuperação do adicto, prevenindo recaídas. É preciso conhecer as diferentes estratégias de enfrentamento que podem surgir nos familiares de adictos de acordo com os níveis socioeconômicos, com o tempo de dependência e a quantidade de recaídas para, então, elaborar projetos de intervenção adequados a cada indivíduo de acordo com sua realidade social.

7.2 Objetivos

7.2.1 Objetivos gerais

Analisar as estratégias de enfrentamento de familiares de adictos adolescentes, com idades entre 14 e 18 anos, de ambos os sexos, de diferentes níveis socioeconômicos, correlacionando as estratégias com o tempo de dependência química e a quantidade de recaída, que estiveram em recuperação e passaram por recaída.

7.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar as estratégias de enfrentamento de confronto, de afastamento, de autocontrole, de suporte social, de aceitação e responsabilidade, de fuga e esquivas, de resolução de problemas, de reavaliação positiva que são encontradas nos familiares de adictos que passaram por recaída às drogas.
- Correlacionar as estratégias de enfrentamento dos familiares entre os níveis socioeconômicos, para saber se focam em resolução ativa de problemas, emoção e afastamento.
- Correlacionar as estratégias de enfrentamento dos familiares para ver se variam diante do tempo de dependência do adicto.

- Correlacionar as estratégias de enfrentamento dos familiares para ver se há associação diante da quantidade de recaídas.

7.3 Hipótese

1. As famílias de nível socioeconômico alto apresentam mais estratégias de enfrentamento centradas no problema.
2. As famílias de nível socioeconômico médio apresentam mais estratégias de enfrentamento centradas na emoção.
3. Estima-se que haja forte e significativa correlação entre as estratégias de enfrentamento e o tempo de dependência. E, ainda, que haja correlação entre as estratégias de enfrentamento e a quantidade de recaídas.
4. As estratégias de enfrentamento estão vinculadas e associadas entre si.

8

Delineando a pesquisa

Ao delinear a pesquisa com os familiares de adictos, foi preciso abarcar alguns requisitos para o manejo do grupo ora estudado. A fim de manter a originalidade da mesma, temas importantes como tamanho da amostra, local de coleta dos dados, participação em grupo de apoio, prevalência de recaída ou recaídas por parte do adicto foram alguns critérios escolhidos. Todavia, a pesquisa sofreu alguns percalços. Alguns familiares apresentaram o desejo de não participar por medo de se expor e, talvez, medo do desconhecido. Então, foi necessário realizar uma abordagem mais cautelosa. Foi possível perceber, muitas vezes, a ocorrência de mecanismos de defesa de negação. Mesmo após tantos anos buscando ajuda contra as drogas, muitas famílias sentiram-se receosas em participar da pesquisa.

Cumprido destacar que a presente pesquisa ocorreu em grupos que já haviam aprendido acerca das estratégias de enfrentamento em caráter de psicoeducação, no grupo de apoio onde partilhavam suas histórias de vida, problemas relacionados ao uso ou dependência do familiar. A psicoeducação consistia em ensinar, via palestras, formas de lidar com o adicto. Nessas ocasiões, os participantes aprendiam sobre dependência química, tipos de drogas, estratégias de enfrentamento, entre outros temas relevantes. Durante a acolhida no grupo de apoio, o familiar adicto recebia tratamento adequado, combinado com internação na Comunidade Terapêutica ou clínica particular.

Destaca-se que o trabalho, por si só, com familiares, resulta em uma maior eficácia no lidar com o adicto, pois a família se torna mais fortalecida no sentido de enfrentar de forma mais positiva o problema ora discutido. En-

sinar estratégias de enfrentamento é também terapêutico, e por que não dizer, didático, visto que se aplicam os instrumentos e os conceitos previamente experimentados pelos familiares. Isso facilita a aplicação.

Ressaltamos ainda que, inicialmente, objetivava-se a aplicação de uma entrevista semiestruturada, o que foi deixado de lado, pois já tínhamos material necessário à análise quantitativa e tão importante. Apesar de ser quantitativa, não poderemos descartar o aspecto subjetivo contido no inventário utilizado. Isso nos deixa com liberdade, já que temos como conteúdo estratégias voltadas ao campo emocional e estratégias voltadas ao campo problema. Tais estratégias nos permitem aproximar da realidade do sujeito de nossa amostra. Ainda podemos considerar que, ao aplicarmos o questionário socioeconômico, podemos encontrar distintas estratégias de enfrentamento correlacionadas à classe social do familiar, o que é para nós, do campo da psicologia, extremamente importante no sentido de trabalharmos estratégias mais assertivas em cada grupo de acordo com sua realidade social.

8.1 Método

8.1.1 Desenho do estudo

O desenho utilizado no presente trabalho é não experimental transversal. Trata-se de um estudo de campo de caráter descritivo, correlacional, cuja abordagem é de natureza quantitativa.

O que se propôs no estudo correlacional foi descrever as estratégias de enfrentamento (variáveis) e correlacioná-las com a classe social, com o tempo de dependência e com a quantidade de recaída, sem que se estabelecesse relação causal entre elas, para averiguar se mudam as estratégias dos familiares diante dessas variáveis.

O estudo é não experimental, pois se observam fenômenos já existentes como a família diante da recaída. A recaída seria nossa variável independente, ou seja, não podemos modificá-la ou controlá-la.

Diante do exposto, organizamos três grupos de 30 familiares de adictos de acordo com as classes sociais. Eles foram agrupados da seguinte forma: Grupo 1: chamaremos classe alta (Classe A e B1); Grupo 2: chamaremos classe média (Classe B2 e C1); Grupo 3: chamaremos classe baixa

(Classe C2 e D, E): Os grupos deveriam responder ao inventário de estratégias de enfrentamento.

8.1.2 Critérios de inclusão

Foram escolhidos, para a pesquisa, familiares de adictos adolescentes que tivessem entre 14 e 20 anos, em tratamento há mais de um ano, e que tiveram episódios de recaída.

O critério para inclusão de casos foi feito em uma comunidade terapêutica na cidade de Vila Velha e em uma clínica particular na cidade de Vitória, ambas no Espírito Santo e que mantinham internos em recuperação (Associação de Assistência Social – Projeto Vida), com idade entre 14 e 20 anos e que estiveram em recuperação há mais de um ano, acompanhados por seu familiar. Além disso, para melhor entender esse processo estabeleceu-se como critério que o familiar e o interno tivessem frequentado grupo de apoio em ambos os projetos e que o adicto tivesse passado por pelo menos um episódio de recaída. Participaram familiares maiores de 18 anos que estiveram acompanhando o curso da dependência de seu familiar e que participaram do grupo de ajuda da referida clínica ou projeto de assistência social.

Os critérios de exclusão estão relacionados a familiares de adictos menores de 18 anos, ou que não estivessem participando do grupo de apoio na clínica ou projeto de assistência social, e, ainda, cujo paciente adicto não apresentou recaídas durante o tratamento ou estivesse em tratamento por menos de um ano.

8.2 População e amostra

8.2.1 Definição da população

O presente estudo trabalhou com a população de familiares de adictos adolescentes que estivessem com idade de 14 aos 20 anos os quais tiveram diagnóstico de dependência química e foram submetidos à internação em clínica ou Comunidade Terapêutica. Era preciso também que já tivessem passado por recaídas e, ainda, que o familiar estivesse participando de algum grupo de apoio. Participaram familiares de diferentes classes sociais, distribuídos em três grupos de 30, totalizando 90 pessoas, como mostra a tabela abaixo.

Classe social	Considerada
A - B1	Classe alta
B2 - C1	Classe média
C2 - D-E	Classe baixa

Tabela 1. Classe social.

Fonte: Elaborada pela autora.

8.2.2 Determinação da amostra: amostra não probabilística

8.2.2.1 Descrição da amostra

Participaram do estudo 94 pessoas de acordo com os critérios de inclusão. Destaca-se que participaram desta pesquisa familiares de adictos, homens e mulheres, moradores da Grande Vitória - ES. Descrevemos os grupos segundo suas características quanto ao sexo, escolaridade e estado civil.

As variáveis a serem analisadas no presente estudo dão o direcionamento do que se busca analisar, sendo a variável entendida como a característica de interesse que é medida em cada elemento da amostra ou população em que seus valores variam de elemento para elemento. As variáveis podem ter valores numéricos ou não numéricos.

A variável dependente é aquela que tem sua alteração medida em uma experiência. Neste estudo, a variável dependente são as estratégias de enfrentamento.

As variáveis independentes estudadas são a classe social a que pertence o familiar do adicto, o tempo de dependência química e a quantidade de recaída, ou seja, o que não se pode controlar e mudar.

Busca-se compreender como as mudanças na variável independente causam mudanças na variável dependente. Destaca-se que para identificar a variável dependente se faz mister entender que ela depende da variável independente.

Foi realizada uma análise inicial das variáveis referentes aos dados pessoais, conforme mostra a Tabela 2.

Variável	Categoria	Frequência	Frequência relativa
Gênero	Masculino	32	34,0%
	Feminino	62	66,0%
Cor	Branco	37	39,4%
	Negro	15	16,0%
	Pardo	38	40,4%
	Amarelo	3	3,2%
	Indígena	1	1,1%
Estado Civil	Solteiro	36	38,3%
	Casado	41	43,6%
	Divorciado	10	10,6%
	Viúvo	6	6,4%
	União Estável	1	1,1%

Tabela 2 - Tabela de frequências - dados pessoais dos familiares dos adolescentes.

Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando a Tabela 2, observa-se que a maior parte dos familiares entrevistados era do gênero feminino. É possível observar, também, que mais de 50% dos entrevistados eram solteiros, divorciados ou viúvos. A Tabela 3 apresenta uma análise inicial referente aos dados socioeconômicos.

Variável	Categoria	Frequência	Frequência relativa
Onde e como mora?	Casa ou apartamento, com sua família	80	85,1%
	Casa ou apartamento, sozinho(a)	10	10,6%
	Quarto ou cômodo alugado, sozinho(a)	0	0,0%
	Casa de outros familiares	3	3,2%
	Casa de amigos	0	0,0%
	Habitação coletiva	0	0,0%
	Casa ou apartamento mantidos pela família	0	0,0%
	Outra situação	1	1,1%
Com quem mora?	Moro sozinho(a)	11	11,7%
	Pai ou mãe	25	26,6%
	Esposa, marido ou companheiro	39	41,5%
	Filhos	12	12,8%
	Irmãos	4	4,3%
	Outros parentes	3	3,2%
	Amigos ou colegas	0	0,0%

Quantas pessoas moram com você?	2 pessoas	11	11,7%
	3 pessoas	44	46,8%
	4 pessoas	18	19,1%
	5 pessoas	6	6,4%
	6 pessoas	4	4,3%
	Mais de 6 pessoas	0	0,0%
	Moro sozinho(a)	11	11,7%
Classe Social	Classe baixa	33	35,1%
	Classe média	29	30,9%
	Classe alta	32	34,0%

Tabela 3. Tabela de frequência: dados socioeconômicos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 3, consta que os entrevistados, em se tratando da classe social, estão presentes, na mesma proporção, nas diferentes categorias. A maioria estava morando em casa ou apartamento com suas famílias, sendo a maior parte das famílias composta por 3 integrantes.

A Tabela 4 apresenta o resultado de uma análise inicial referente às informações familiares.

Variável	Categoria	Frequência	Frequência relativa
Parentesco	Pai ou mãe	20	21,3%
	Esposa, esposo ou companheiro	5	5,3%
	Filho(a)	14	14,9%
	Irmão(a)	38	40,4%
	Outro parentesco	14	14,9%
	Amigo	3	3,2%
Possui Plano de Saúde	Sim	50	53,2%
	Não	44	46,8%
Participou de grupo de apoio	Sim	86	91,5%
	Não	8	8,5%
Tempo de dependência	0-6 anos	78	83,0%
	6-10 anos	16	17,0%
Quantidade de Recaída	1-3 recaídas	70	74,5%
	Mais de 3	24	25,5%
Procedência	Clínica particular	24	25,5%
	Comunidade terapêutica	64	68,1%
	Não passou por tratamento	6	6,4%

Tabela 4. Tabela de frequências: informações familiares.

Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando a Tabela 4, é possível observar que 61,7% dos entrevistados tinham relação de parentesco de primeiro grau com o adicto. A participação em grupos de apoio foi considerada por mais de 90%.

As variáveis “Tempo de dependência” e “Quantidade de recaída” foram recodificadas para a aplicação dos testes que serão apresentados posteriormente, já que os números de entrevistados em algumas categorias dessas variáveis tornavam alguns testes inviáveis.

Tendo analisado todas as variáveis categóricas do estudo, será considerada, agora, a análise para a variável quantitativa.

A Tabela 5 apresenta uma análise inicial para a variável idade, tendo como base as medidas-resumo desta. O N é o tamanho da população.

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	94	18	84	39,89	15,767

Tabela 5. Medidas-resumo: dados pessoais.

Fonte: Elaborada pela autora.

A tabela 5 mostra que a idade média dos entrevistados foi entre 39 e 40 anos. Um histograma foi montado para melhor visualização das disposições dos dados.

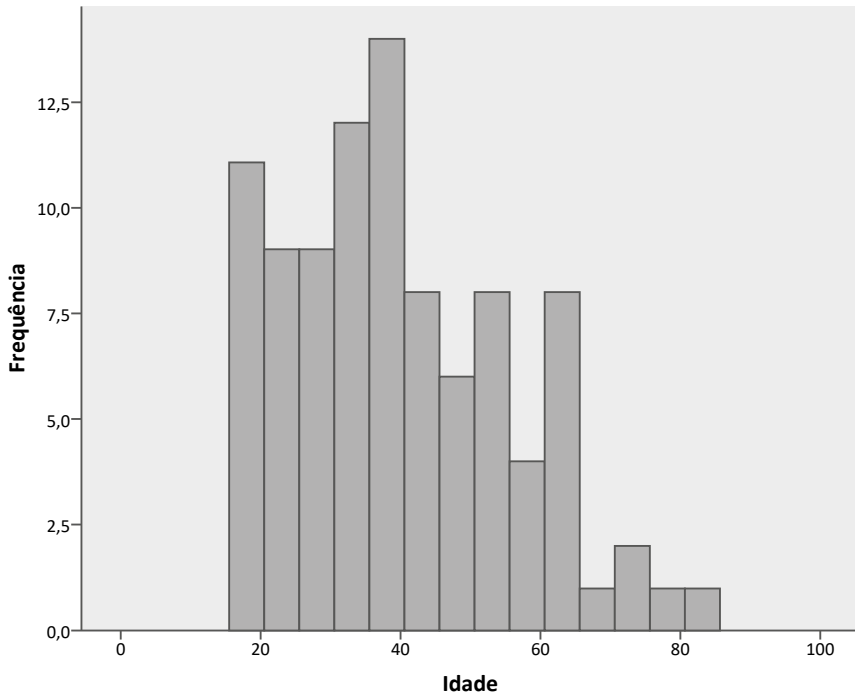


Figura 5. Histograma da variável idade.

Fonte: Elaborada pela autora.

As entrevistas foram realizadas com indivíduos maiores de 18 anos, sendo a maior parte com idade entre 20 e 65 anos. Essa informação está representada, graficamente, na Figura 5.

8.3 Instrumentos

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o questionário socioeconômico, de acordo com o Critério Brasil para classe econômica, através do qual foi possível levantar dados acerca da condição econômica, e o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkmann e Lazarus (1985), validado no Brasil por Savóia, Santana e Mejjias (1996).

Segundo Savóia (1999), estratégias de enfrentamento são as formas desenvolvidas pelos indivíduos para controlar as situações de estresse como se fosse uma resposta que tem por finalidade aumentar o controle pessoal.

Sendo assim, percebe-se que cada pessoa reage de forma diferente a situações de estresse, escolhendo sua estratégia de enfrentamento para lidar com a demanda.

A técnica consiste em aplicar o inventário de estratégias de enfrentamento para uma amostra de 94 sujeitos em duas comunidades terapêuticas na cidade de Vila Velha - ES, com o intuito de descobrir quais as estratégias de enfrentamento abarcam em seu repertório cognitivo.

Savóia e Mejias (1996), do Instituto de Estatística e Psicologia da USP, validaram e traduziram no Brasil o inventário, adaptando-o ao português. De acordo com o estudo, foi possível verificar que se trata de uma tradução fidedigna na qual foi utilizada a técnica teste e reteste e o método das metades; já para a validade, validade concorrente, fatorial e consistência interna. Concluiu-se que a adaptação foi satisfatória, apresentando consistência em relação aos grupos estudados.

O inventário de estratégias de enfrentamento foi criado por Lazarus e Folkman (1985) contendo 66 questões que englobam pensamentos, atitudes e comportamentos que as pessoas usam para lidar com determinado fato estressor, demandas que podem ser externas ou internas. Além desse instrumento, existem outros, todavia o mesmo foi escolhido para ser adaptado devido a seus critérios técnicos e de aceitabilidade.

8.3.1 Validade do Inventário

Segundo Savóia e Mejias (1996), a validade foi verificada em 100 sujeitos universitários os quais deveriam se reportar a uma situação ocorrida na última semana. Tal como o estudo de Lazarus e Folkman (1985), foi feita análise fatorial oblíqua, ou seja, foram encontrados grupos de itens que se relacionam entre si e avaliam o comportamento.

8.3.2 Consistência interna

Já quanto à consistência interna, Savóia e Mejias (1996) nos mostram que foi calculada a correlação entre o escore total e o fator, isto foi feito tanto com os sujeitos da validade quanto com os sujeitos do estudo de precisão.

8.3.3 Verificação da confiabilidade

A verificação da confiabilidade foi feita com 76 estudantes universitários brasileiros em duas situações consecutivas, com intervalo de 15 dias, através do teste e do reteste, levando em consideração a mesma situação estressante que deveria ter acontecido antes da primeira aplicação. Após teste e reteste, foram calculados os coeficientes (Savóia & Mejias, 1996).

Os resultados mostraram que os sujeitos responderam de forma coerente, ou seja, respostas obtidas no reteste se mantiveram estáveis em relação ao teste. O estudo mostrou que o inventário é preciso e válido para se verificar as estratégias de enfrentamento de acordo com os padrões da psicologia. Existe correspondência entre a versão original e a versão em português, ainda é possível verificar que há estabilidade temporal (Savóia & Mejias, 1996).

Segundo os autores Savóia e Mejias (1996), as diferenças observadas se dão por questões culturais entre norte-americanos e brasileiros.

Como nos mostram Escobar e Martinez (2008), a validade de conteúdo se estabelece em diferentes situações, sendo as mais frequentes o desenho da prova e a validação de instrumento produzido para uma população diferente, que se adaptou diante de um procedimento de tradução.

Foi ainda utilizado um questionário socioeconômico utilizando o Critério Brasil para classe econômica para levantar dados em relação ao nível socioeconômico do grupo ora estudado.

Contemplamos, neste trabalho, que o interesse pela situação econômica também perpassa o campo da psicologia e que, em nosso país, existem muitas formas para classificar a situação econômica da população, todavia a que se escolheu trabalhar nesta proposta foi a do Critério Brasil para classe econômica, a qual explicitaremos adiante. A divisão da população distribuída por classes já existe há muito tempo e vem sendo modificada por estudiosos da área da economia que têm cada vez mais feito a associação com o consumo.

Foi utilizado o critério classe econômica, pois nos cabe saber se o acesso a certos recursos materiais pode ou não influenciar no enfrentamento. Talvez o apoio instrumental ou determinada cultura sobre drogas poderá

influenciar a forma com que o familiar elabora seu enfrentamento para lidar com tal problema.

O Critério Brasil para a Classe Econômica subdivide a classe econômica de acordo com a renda média domiciliar, ficando assim subdividida: Extrato socioeconômico A, B1, B2, C1, C2, D-E. Neri (2010) nos mostra que existem, no Critério Brasil, oito grupos classificados de acordo com o acesso a uma série de bens e serviços, com algumas variáveis sociais sendo consideradas.

8.4 Procedimentos

Os familiares acompanhavam o adicto durante a internação participando de reuniões semanais e as famílias foram contatadas nos locais dessas reuniões do grupo de apoio, que ocorrem uma vez por semana, sendo selecionadas segundo os critérios de inclusão. Esses familiares estavam sendo acompanhados no grupo pela psicóloga desde janeiro de 2015 até maio de 2016. Ressalta-se que as famílias estavam integradas no grupo sobre os conhecimentos de estratégias de enfrentamento e já se encontravam psicoeducadas. A psicoeducação consistiu em explicar sobre as drogas, dependência, codependência, preparar a família para a alta do adicto, ensinar estratégias de enfrentamento acerca da dependência química. Havia boa colaboração em compartilhar histórias de vida e também em participar da pesquisa.

Primeiramente, explicamos como seria feita a pesquisa com os familiares de adictos e apresentamos o termo de consentimento livre e esclarecido que os familiares deveriam devolver assinado, demonstrando terem conhecimento da participação no presente estudo, e todas as considerações éticas pertinentes. Após a leitura e entrega do termo de consentimento livre e esclarecido, foram entregues os questionários socioeconômicos, que foram preenchidos por todos os familiares.

Em momento posterior, foi aplicado aos participantes, por esta psicóloga, o inventário de estratégias de enfrentamento, o qual os familiares responderam de acordo com suas vivências e experiências diante da recaída. É importante relatar que muitos familiares quiseram comentar na reunião do grupo o que sentiram ao responder à pesquisa, permitido-se a abertura desse espaço, de modo que se tornou um momento de troca de experiências. As variáveis que não foram controladas foram a “necessidade

de falar” da representação, ou seja, do significado em responder ao inventário, sentimentos surgidos durante a exploração do inventário, bem como a ansiedade do participante, variáveis que devem ser exploradas em futuras pesquisas qualitativas.

8.5 Análise de dados

O presente estudo tem como objetivo analisar as estratégias de enfrentamento de familiares de adictos em situação de recaída de acordo com as classes sociais a que pertencem, o tempo de dependência e a quantidade de recaída.

“O inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus é um questionário com 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico” (Folkman & Lazarus, 1985, p. 328). Esse inventário foi utilizado nesse estudo como objeto de análise.

Além dos itens do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1985), foram considerados nesse estudo variáveis referentes aos dados pessoais, dados socioeconômicos e informações familiares.

8.5.1 Análise Descritiva

Análises descritivas apresentadas neste capítulo são análises iniciais dos dados, realizadas com o objetivo de visualizar o comportamento de cada variável e verificar possíveis problemas no banco de dados.

8.5.2 Testes de Associação

Tabelas de contingência são utilizadas para avaliar a associação entre variáveis segundo dois modos, homogeneidade e independência. Os testes de associação ou independência são utilizados tendo como base a tabela de contingência, para verificar se há associação entre as variáveis, entre eles podemos citar o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher.

O teste Qui-quadrado de Pearson é utilizado tendo como hipótese nula a existência da independência entre as variáveis, sendo realizado em dados

que obedecem a uma restrição definida, que o torna inviável fora desse contexto. O teste exato de Fisher é uma alternativa de teste a ser feito quando não é possível utilizar o teste Qui-quadrado de Pearson, demonstrada em anexo a este trabalho.

8.5.3 Testes de Normalidade

Partes dos problemas encontrados na estatística são tratadas com a hipótese que os dados seguem uma distribuição específica, sendo assim, para simplificar a análise assumimos inicialmente que os dados seguem uma distribuição normal. No entanto, é preciso verificar se essa é uma suposição verdadeira.

O Teste Kolmogorov-Smirnov é um teste realizado na validação da suposição inicial, tendo como hipótese nula que os dados seguem, de fato, uma distribuição normal.

8.5.4 Testes de diferença de médias

Método comum utilizado para investigar a afirmação de que todas as médias entre os níveis são iguais. Alguns exemplos desse método são o Teste T e o Teste ANOVA (utilizados quando a suposição de que os dados seguem uma distribuição normal é validada. No nosso estudo, a suposição foi validada para todas as variáveis de interesse).

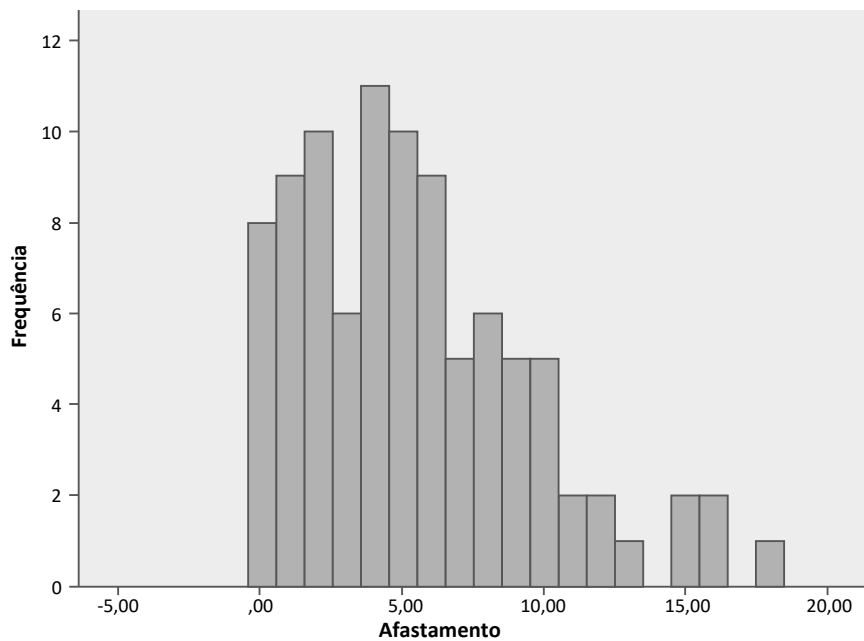
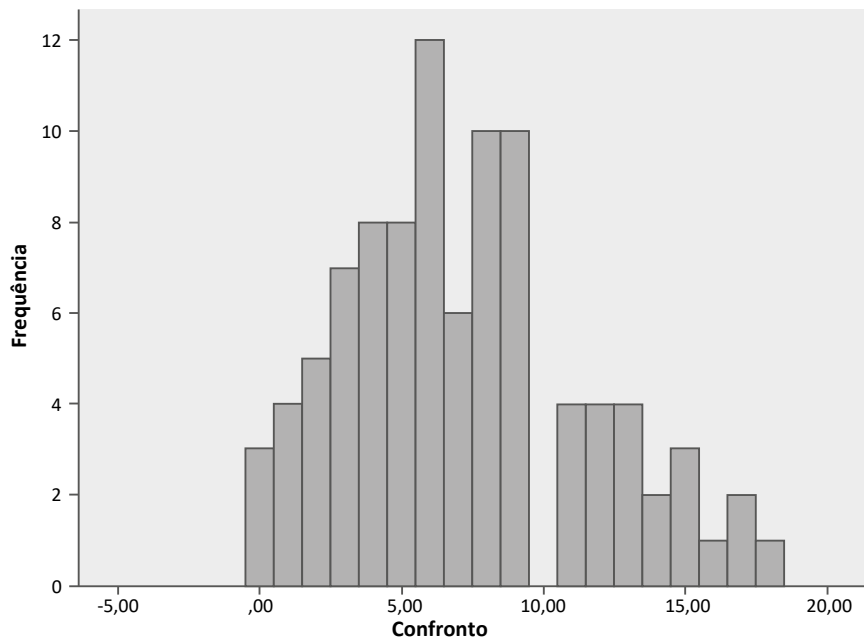
9

Resultados

9.1 Análise exploratória

Os itens do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foram agrupados em fatores, como definidos na seção 3.5. O método de análise foi a soma dos itens referentes a cada fator. Assim, cada fator se tornou uma nova variável que pode ser interpretada como uma medida de pontuação para cada estratégia de enfrentamento presente no inventário.

A Figura 6 apresenta os histogramas dos fatores confronto, afastamento, autocontrole e suporte social.



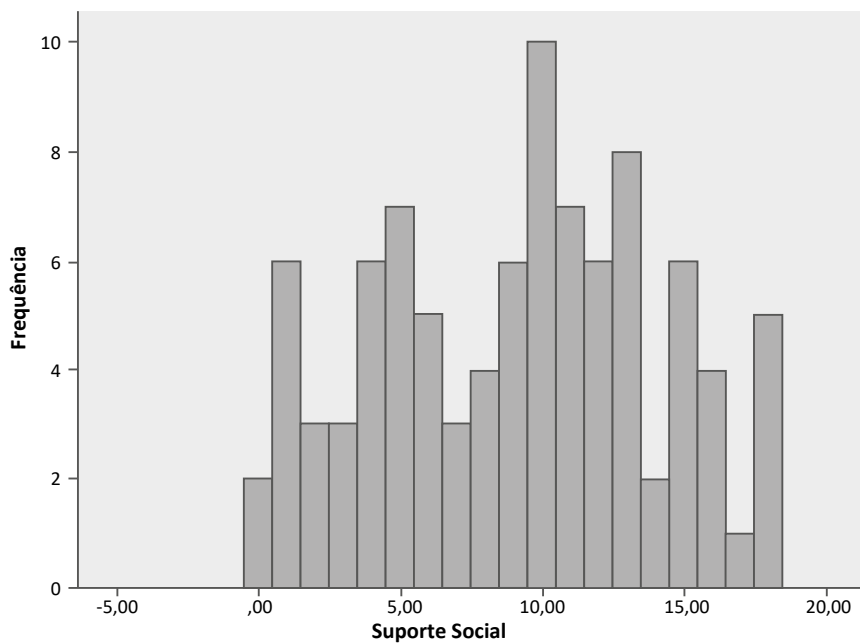
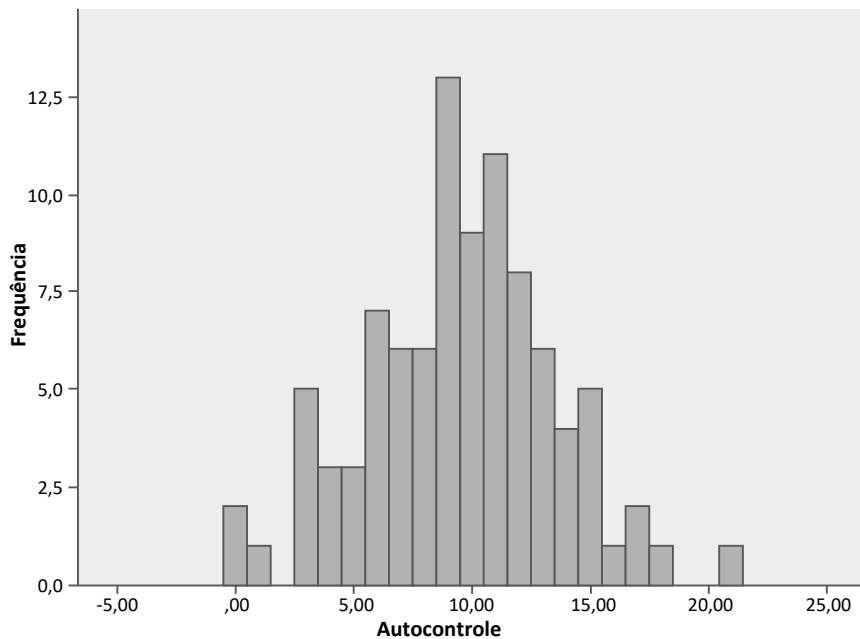
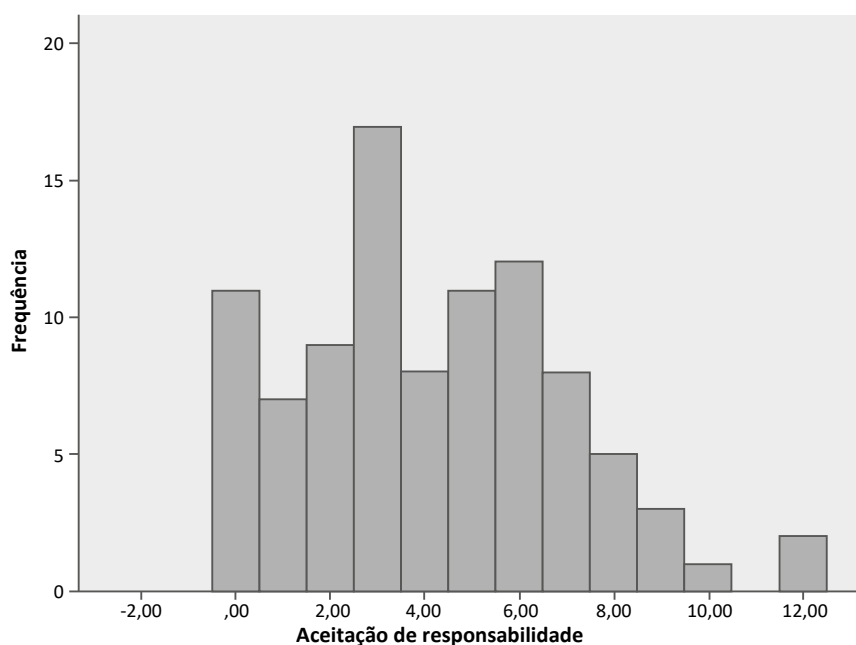


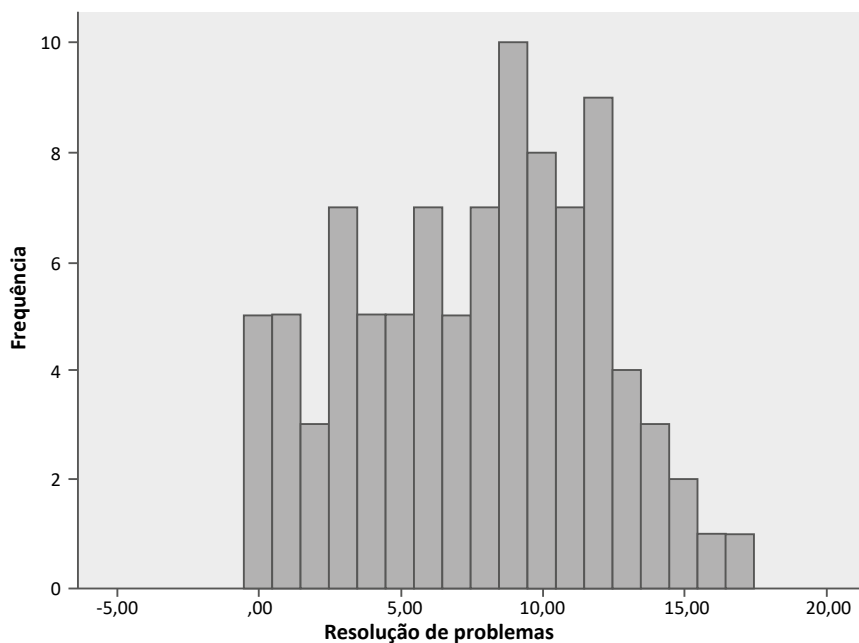
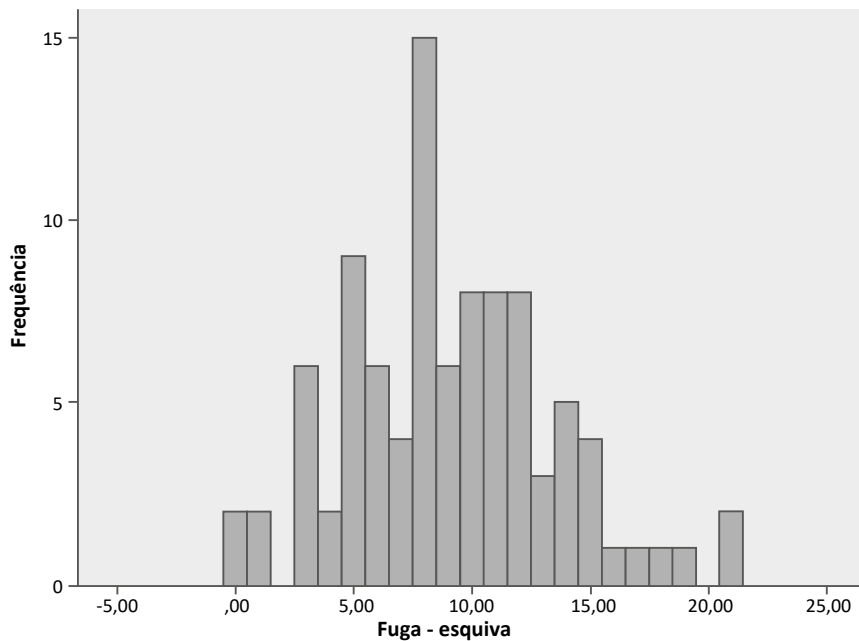
Figura 6. Histogramas dos fatores confronto, afastamento, autocontrole e suporte social.

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao analisar a Figura 6, é possível afirmar que a maioria das pessoas entrevistadas não utiliza, frequentemente, a estratégia de confronto ou afastamento frente à recaída. Isso é observado identificando que as maiores frequências de pontuações estão em torno de 5. As estratégias de autocontrole e suporte social tendem a ser vistas como melhores opções, pois possuem maior frequência de pontuações, em torno de 10. Isso, nesse cenário, pode ser considerado como uma pontuação moderadamente alta.

A Figura 7 apresenta os histogramas dos fatores aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas, reavaliação positiva.





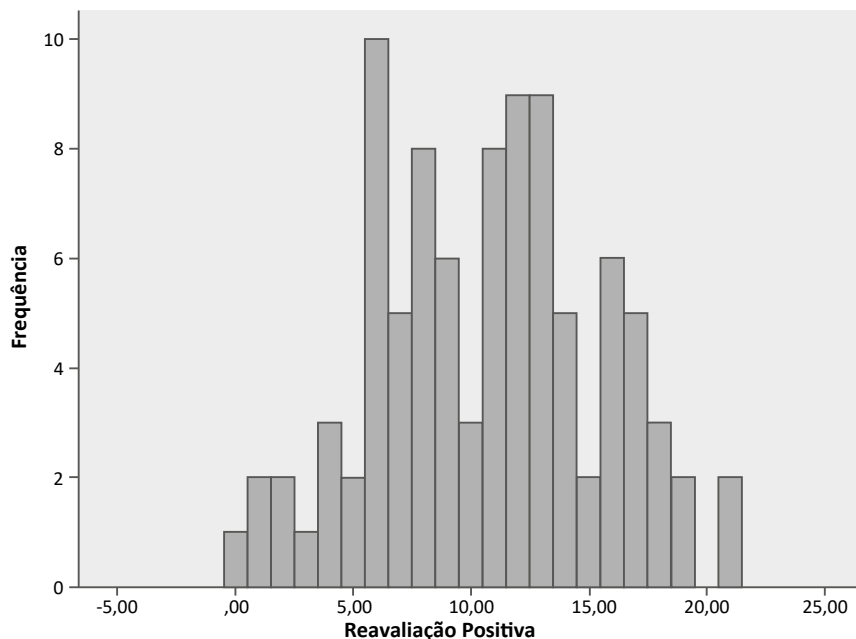


Figura 7. Histogramas dos fatores aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.

Fonte: Elaborada pela autora.

A estratégia de enfrentamento aceitação de responsabilidade foi pouco utilizada entre os entrevistados, tendo alta frequência em pontuações abaixo de 8 e nenhuma pontuação acima de 12. As estratégias de fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva tiveram maiores frequências em pontuações entre 5 e 15. Essas conclusões são definidas a partir da análise da Figura 7.

A Figura 8 apresenta os diagramas de caixa dos fatores. Esses diagramas apresentam, de maneira mais simplificada, as informações contidas nas Figuras 6 e 7.

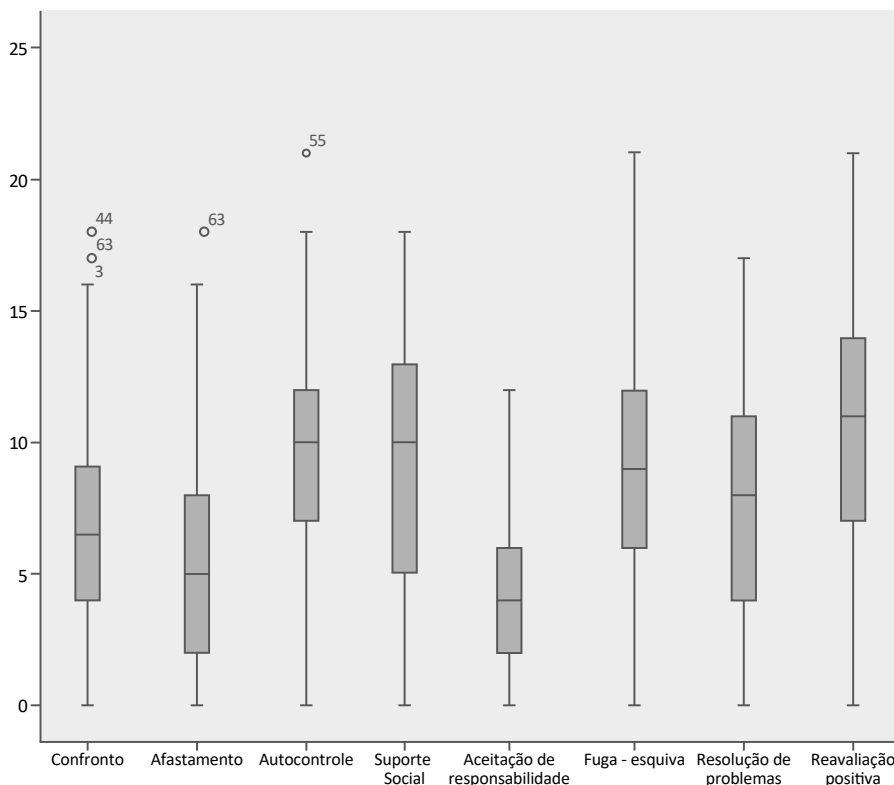


Figura 8. *Box-plots* dos fatores do inventário.

Fonte: Elaborada pela autora.

É de fácil entendimento, analisando a Figura 8, que as pontuações mínimas de todas as estratégias de enfrentamento estão bem próximas do valor zero e as pontuações máximas se encontram em torno de 15 e 20 pontos, com exceção das estratégias fuga-esquiva e reavaliação positiva. O interesse em comparar as médias das diferentes estratégias de enfrentamento requer a validação da distribuição dos fatores, sendo a suposição inicial que os fatores seguem uma distribuição normal. Assim, foi realizado o Teste Kolmogorov-Smirnov, o qual tem como hipótese a suposição inicial. Os resultados são apresentados na Tabela 6.

Fator	Teste Kolmogorov-Smirnov (valo-p)
Confronto	0,1865
Afastamento	0,1486
Autocontrole	0,3623
Suporte Social	0,4252
Aceitação de responsabilidade	0,0874
Fuga - esquiva	0,4491
Resolução de problemas	0,3040
Reavaliação positiva	0,6926

Tabela 6. Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

Fonte: Elaborada pela autora.

O teste acusou normalidade em todos os fatores, ou seja, não rejeitamos a hipótese nula de que os fatores seguem distribuição normal, ao nível de $\alpha = 5\%$ de significância. As conclusões são realizadas com base nas informações contidas na Tabela sobre Associação Tempo de dependência versus Inventário de Estratégias de Coping, de Folkman e Lazarus, nos anexos.

O Teste T foi utilizado como teste de comparação de médias nas variáveis quantidade de recaída e tempo de dependência (variáveis recodificadas) por se tratar de uma comparação entre dois grupos e, na variável classe social, foi utilizado o Teste de Análise de Variância (ANOVA).

A Tabela 7 apresenta os resultados do Teste T considerando a variável quantidade de recaídas como variável de agrupamento dos fatores do inventário.

Estratégias de Enfrentamento	Quantidade de recaídas	N	Média	Desvio Padrão	valor-p
Confronto	1 até 3	70	6,5000	4,08514	0,007
	Mais de 3	24	9,2083	4,21157	
Afastamento	1 até 3	70	5,0143	3,96906	0,083
	Mais de 3	24	6,7083	4,39841	
Autocontrole	1 até 3	70	9,0143	4,06289	0,028
	Mais de 3	24	11,0833	3,50052	
Suporte Social	1 até 3	70	8,7000	4,55991	0,200
	Mais de 3	24	10,4167	5,84523	
Aceitação de responsabilidade	1 até 3	70	4,0000	2,82843	0,320
	Mais de 3	24	4,6667	2,79233	
Fuga – esquiva	1 até 3	70	8,9714	4,38036	0,614
	Mais de 3	24	9,5000	4,50121	
Resolução de problemas	1 até 3	70	7,2571	4,34953	0,101
	Mais de 3	24	8,9167	3,85517	
Reavaliação positiva	1 até 3	70	10,3571	4,87833	0,296
	Mais de 3	24	11,5417	4,39347	

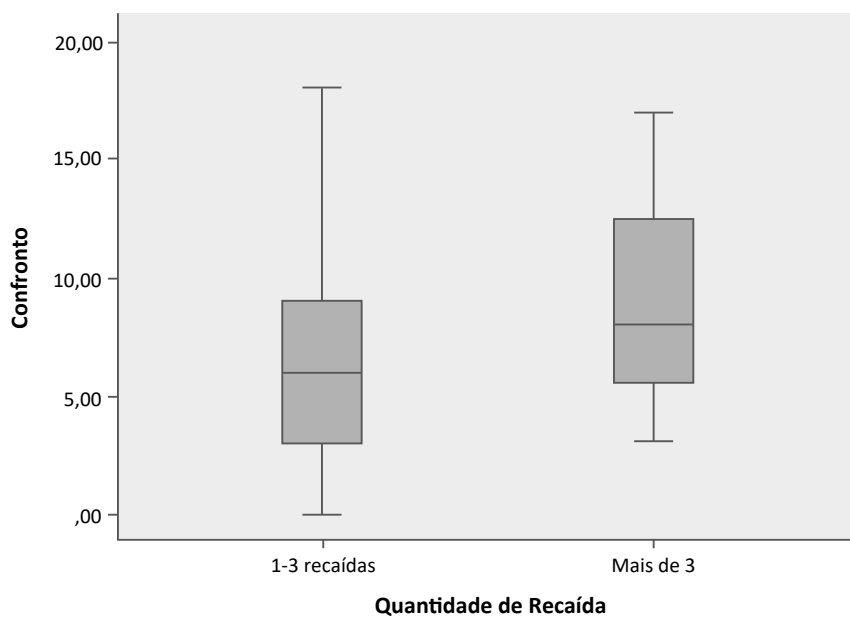
Tabela 7. Teste T considerando a variável quantidade de recaídas como variável de agrupamento.

Fonte: Elaborada pela autora.

As informações contidas na Tabela 11 expõem que apenas as estratégias de enfrentamento confronto e autocontrole apresentaram diferença entre as médias dos grupos da variável quantidade de recaídas, ou seja, rejeitamos

a hipótese nula de que as médias não apresentam diferença, em nível de $\alpha = 5\%$ de significância.

As Figuras 9 e 10 apresentam os *box-plots* e gráficos de erro das variáveis que o Teste T acusou diferença de médias, para melhor visualização do comportamento dessas variáveis.



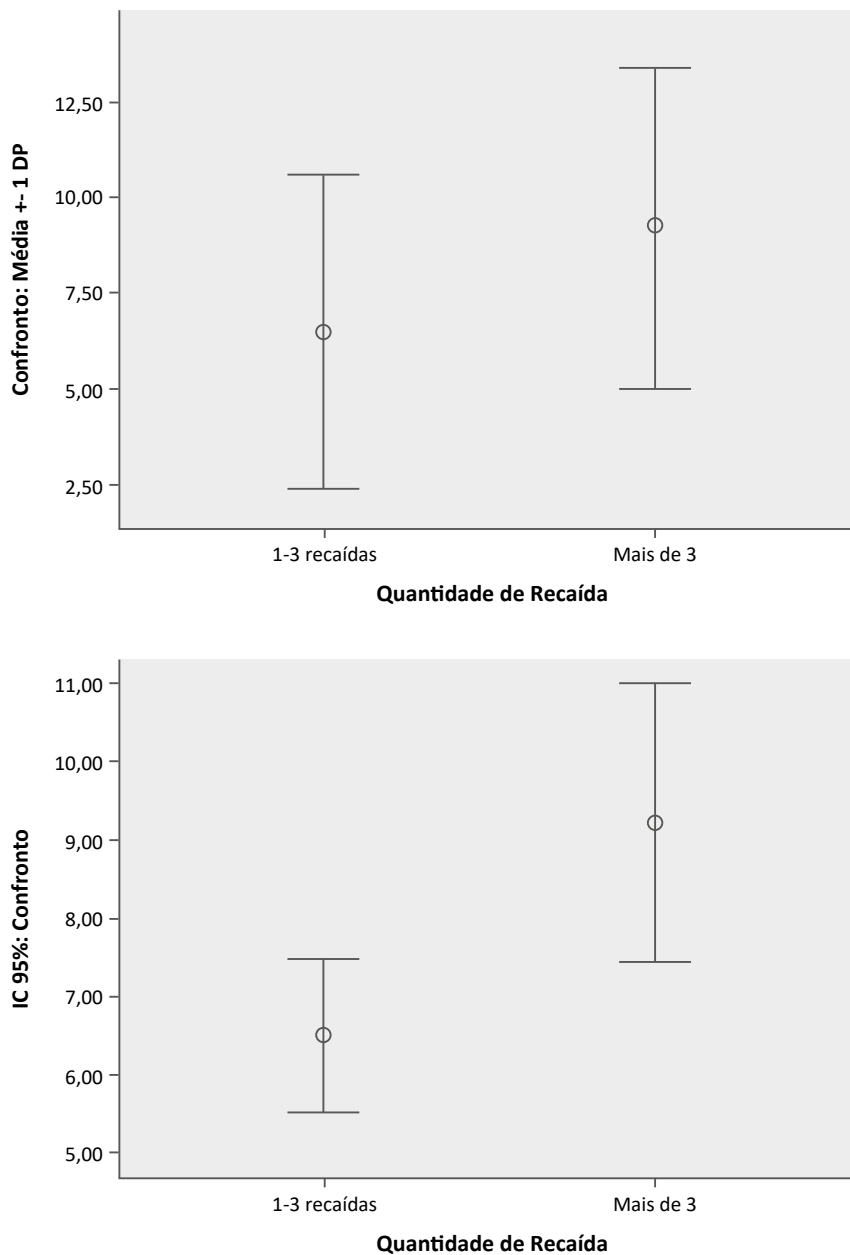
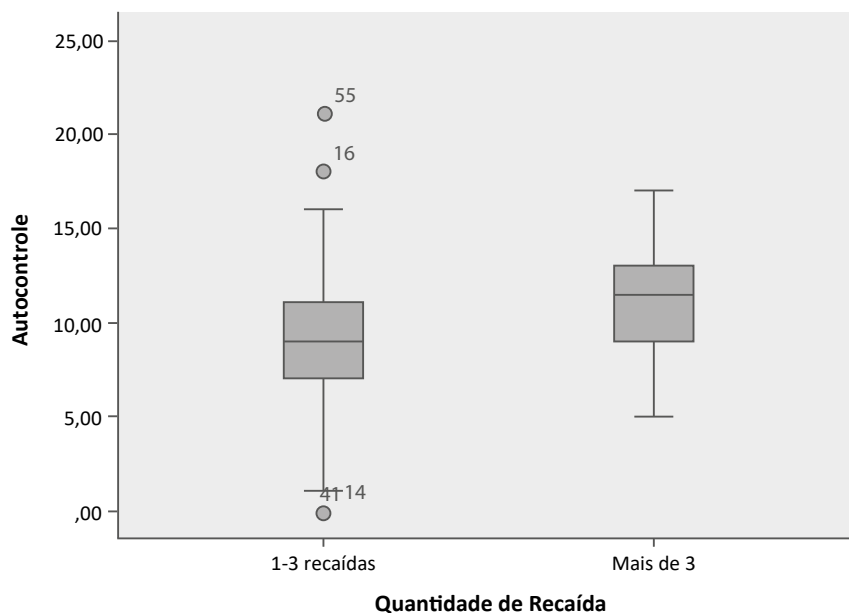


Figura 9. *Box-plots*, intervalo de confiança da média e gráfico de barras de erro da variável confronto

Fonte: Elaborada pela autora.

A figura 9 mostra, visualmente, o resultado da Tabela 11 considerando a variável confronto. A pontuação média da variável confronto é maior quando se trata de adictos que tiveram mais de 3 recaídas, não havendo visível diferença nas variabilidades do grupo.



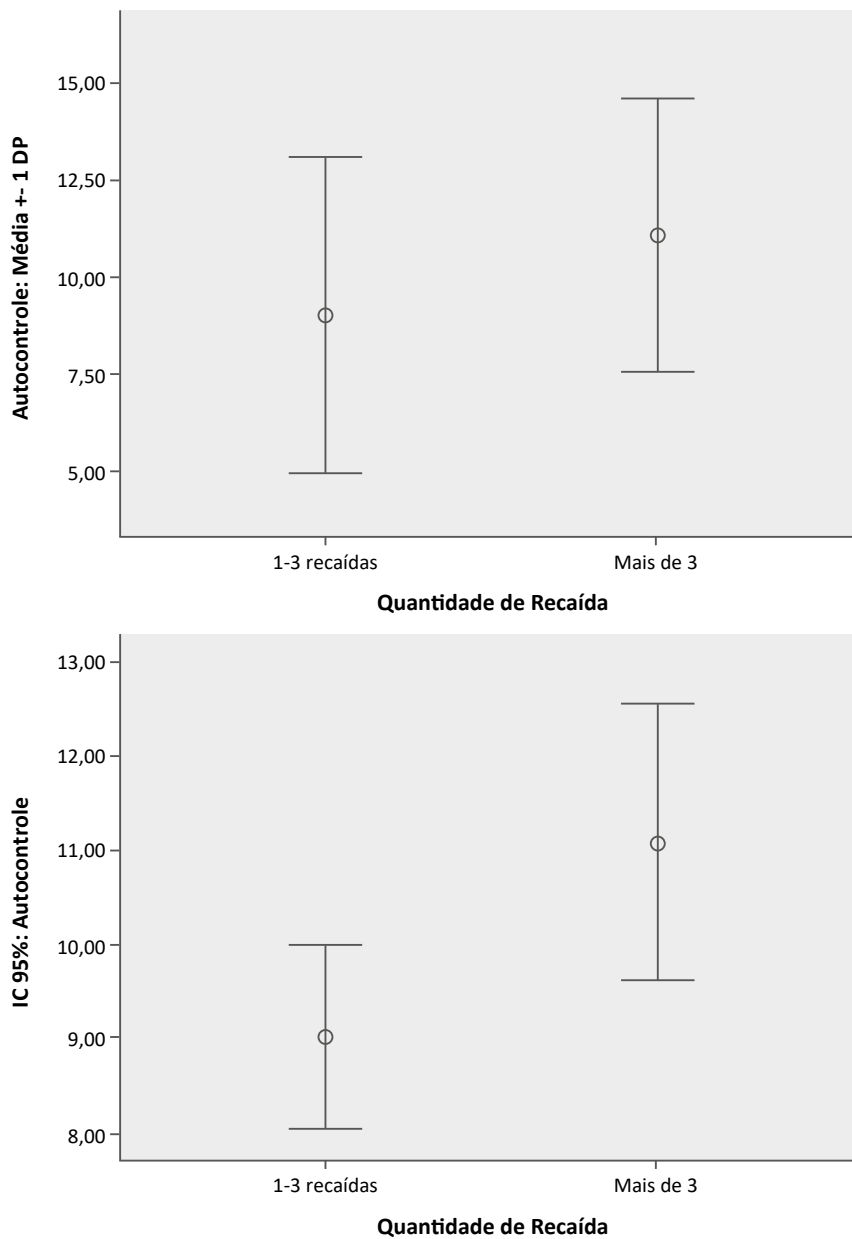


Figura 10. *Box-plots*, intervalo de confiança da média e gráfico de barras de erro da variável autocontrole

Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando a Figura 10, a variável Autocontrole tem uma média de pontuação maior na condição de adictos que tiveram mais de 3 recaídas. Na condição de adictos que tiveram de 1 a 3 recaídas, é possível notar a presença de valores extremos e discrepantes.

Os resultados do Teste T realizado referente à variável tempo de dependência do adicto como variável de agrupamento estão apresentados na Tabela 8.

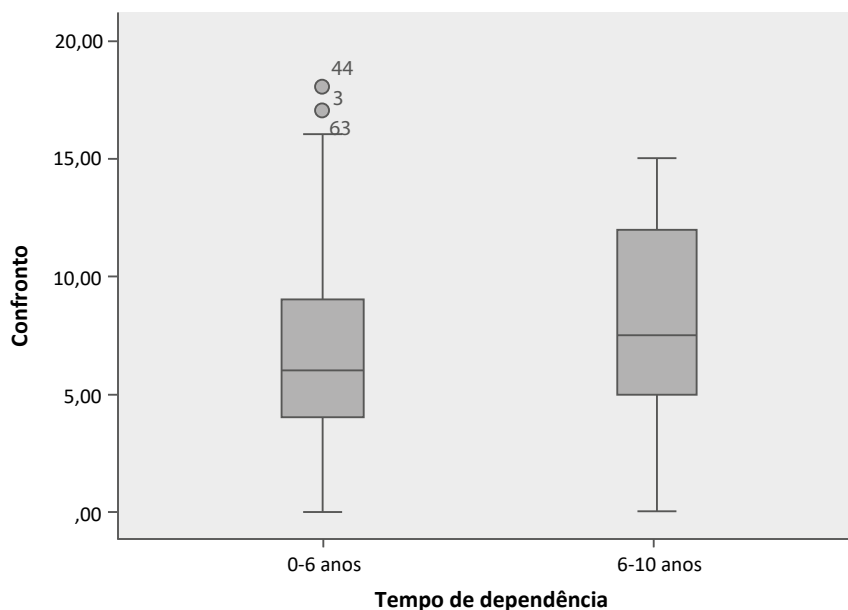
Estratégias de Enfrentamento	Quantidade de recaídas	N	Média	Desvio Padrão	valor-p
Confronto	0-6 anos	78	6,9487	4,24844	0,225
	6-10 anos	16	8,3750	4,27200	
Afastamento	0-6 anos	78	5,1026	4,11393	0,074
	6-10 anos	16	7,1250	3,87943	
Autocontrole	0-6 anos	78	9,3333	4,05055	0,267
	6-10 anos	16	10,5625	3,77657	
Suporte Social	0-6 anos	78	8,8590	4,75838	0,228
	6-10 anos	16	10,5000	5,73876	
Aceitação de responsabilidade	0-6 anos	78	4,1795	2,74332	0,944
	6-10 anos	16	4,1250	3,26343	
Fuga – esquiva	0-6 anos	78	9,1026	4,43595	0,985
	6-10 anos	16	9,1250	4,31856	
Resolução de problemas	0-6 anos	78	7,3718	4,34878	0,090
	6-10 anos	16	9,1875	3,61882	

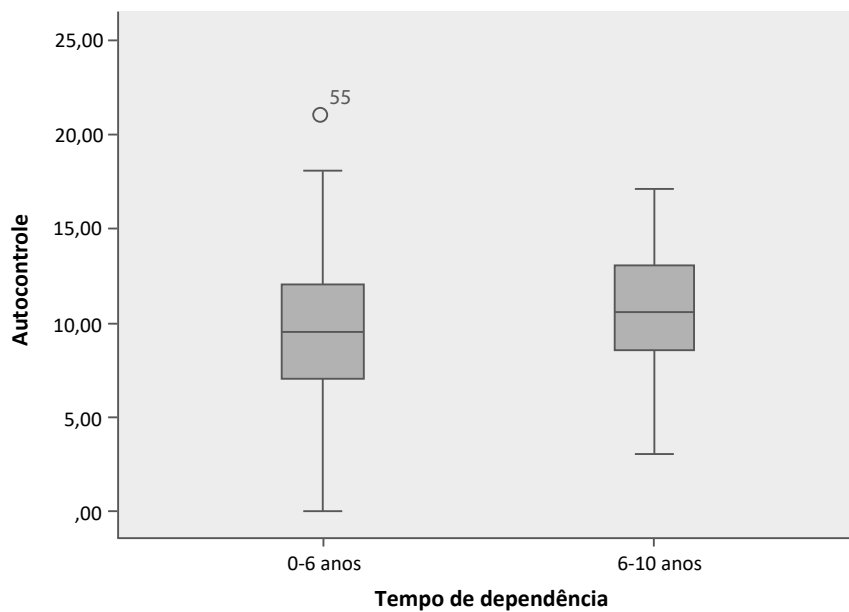
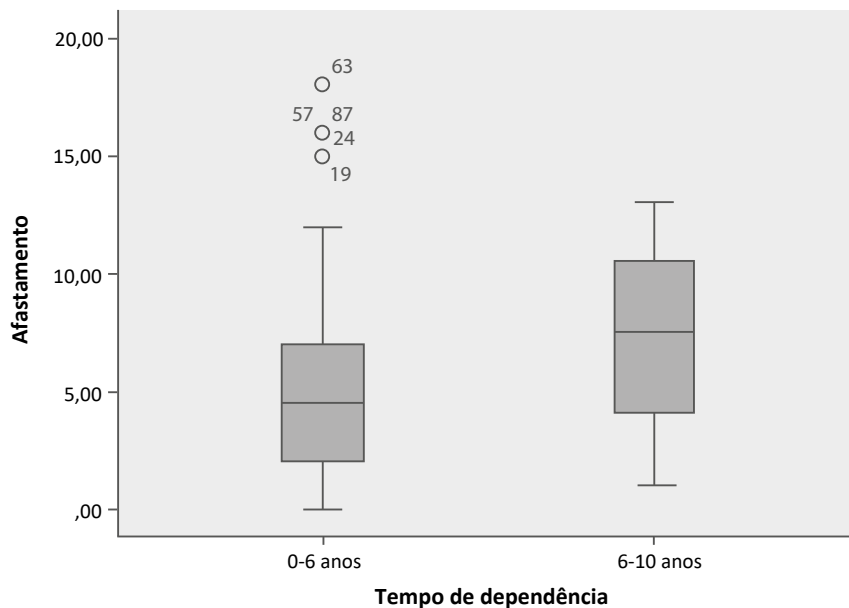
Reavaliação positiva	0-6 anos	78	10,4744	4,77473	0,408
	6-10 anos	16	11,5625	4,76051	

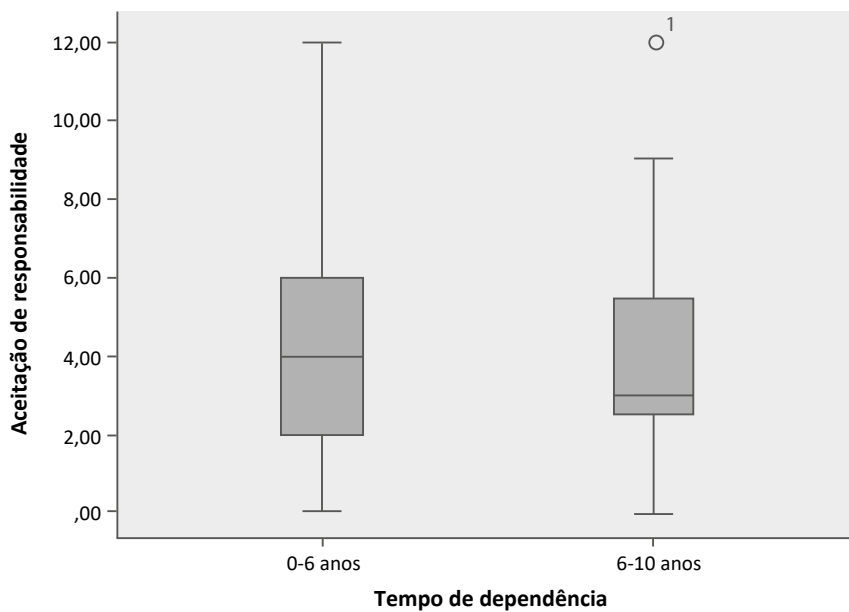
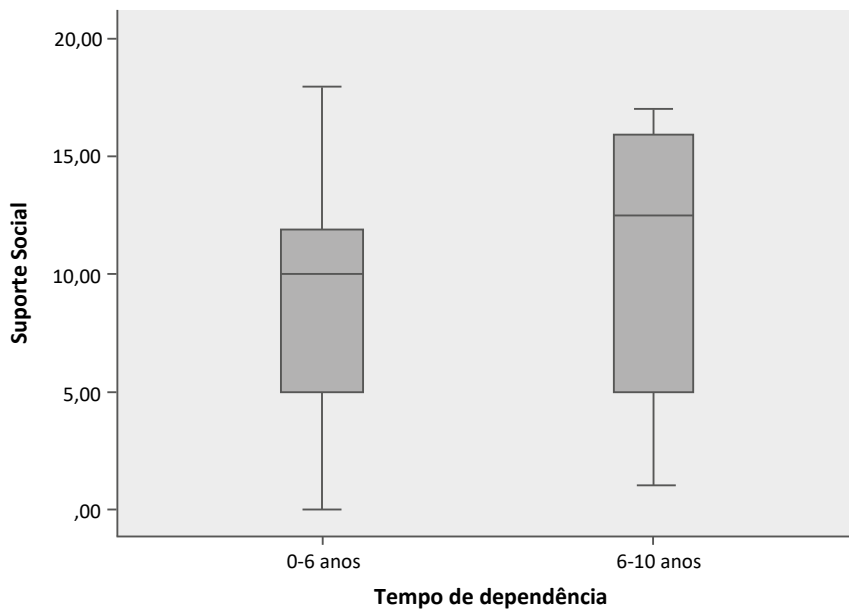
Tabela 8. Teste T considerando a variável tempo de dependência como variável de agrupamento.

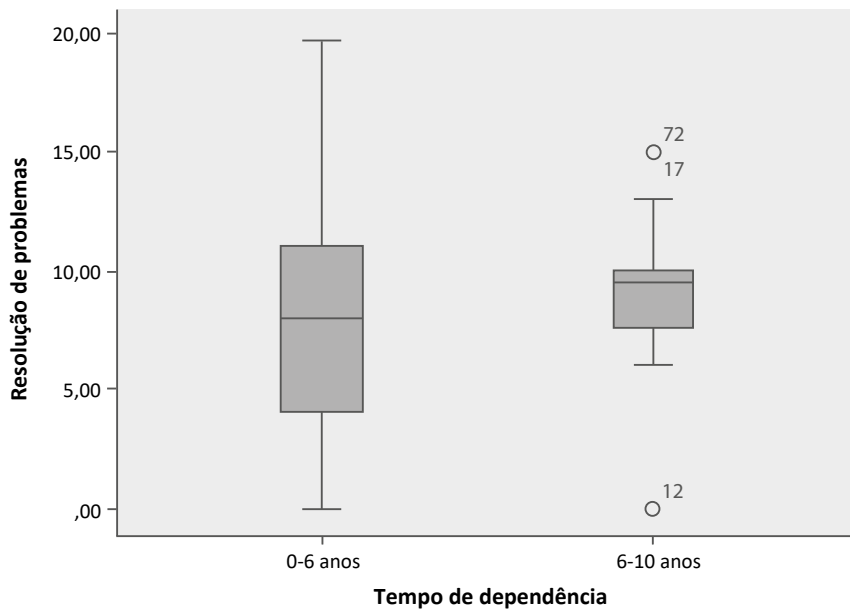
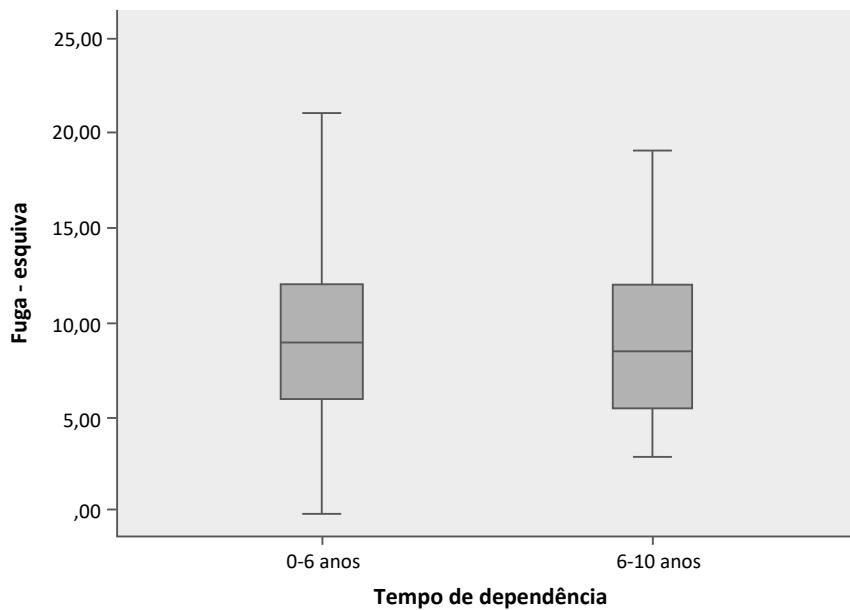
Fonte: Elaborada pela autora.

Não há diferença entre as médias dos grupos da variável tempo de dependência, ou seja, para todas as variáveis referentes aos fatores que determinam as estratégias de enfrentamento, não rejeitamos a hipótese nula de que as médias dos grupos da variável tempo de dependência são iguais, em nível de $\alpha = 5\%$ de significância. Para melhor visualização dos resultados, os gráficos *box-plots* estão apresentados na Figura 11.









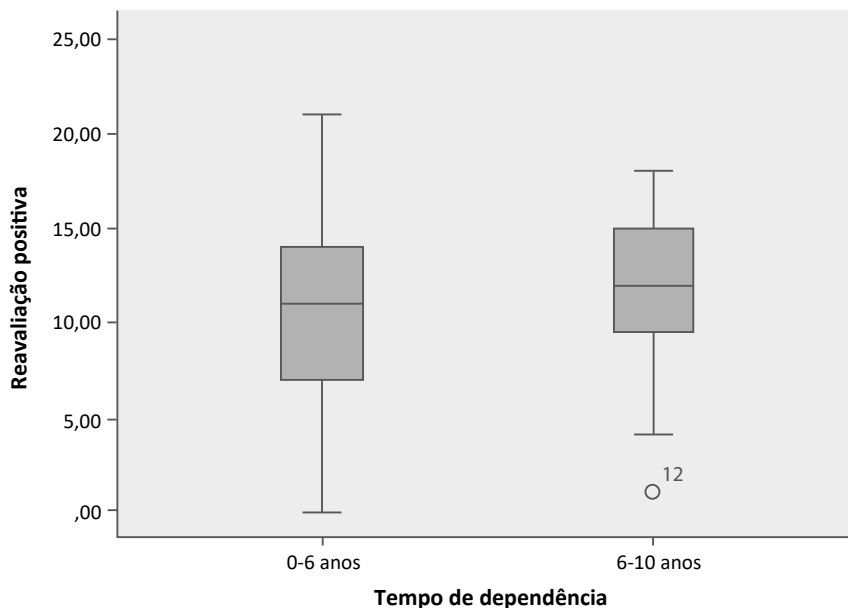


Figura 11. *Box-plots* dos fatores do inventário considerando a variável tempo de dependência como variável de agrupamento.

Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando a Figura 11, é possível notar que, de fato, nenhuma das variáveis aparenta apresentar diferença de média entre os grupos, exceto as variáveis resolução de problemas, confronto e afastamento. É notável a presença de valores discrepantes nessas variáveis. Em algum dos grupos, esses valores podem estar influenciando a média, de modo a não resumir adequadamente os dados, influenciando também o resultado do teste.

O Teste de Análise de Variância (ANOVA), como mencionado anteriormente, foi utilizado como teste de comparação de médias considerando a variável de agrupamento classe social.

A Tabela 9 contém os resultados do Teste ANOVA realizado.

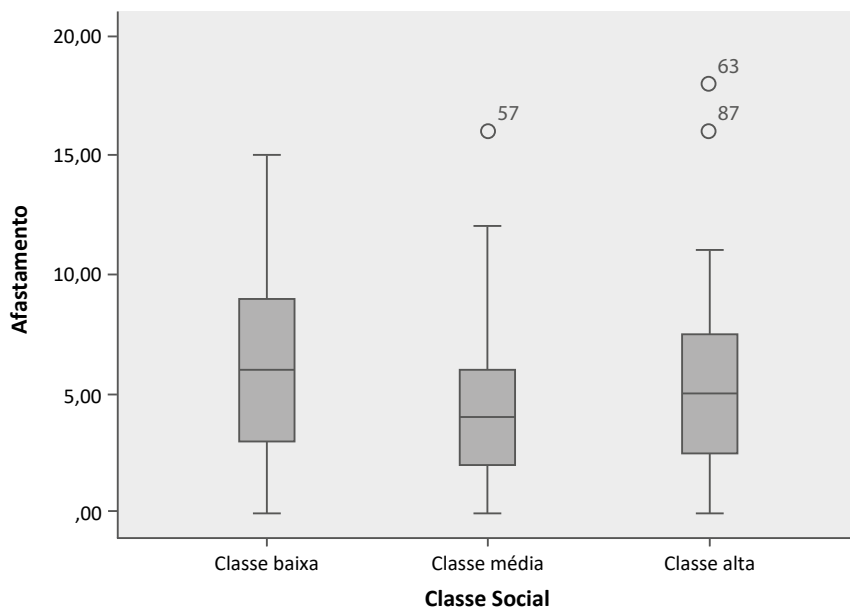
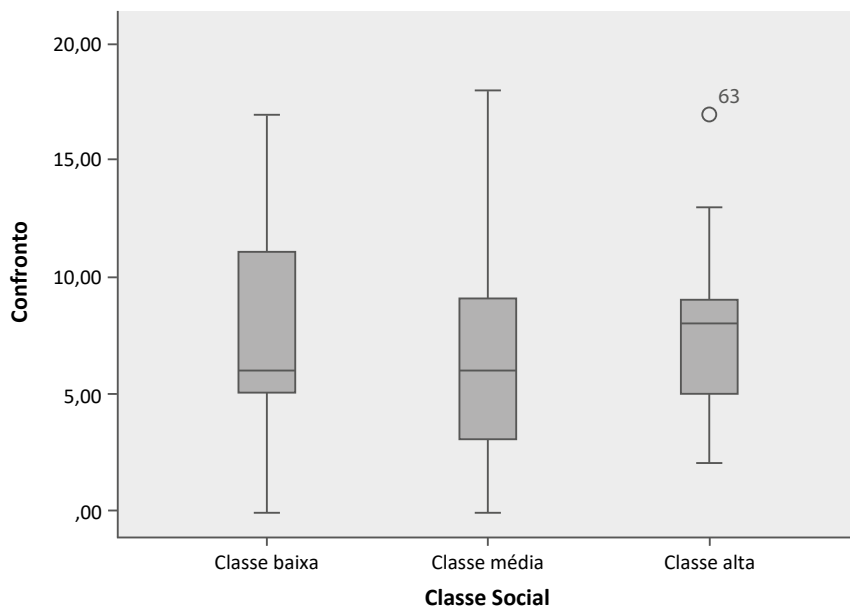
Estratégias de Enfrentamento	Classe Social	N	Média	Desvio Padrão	valor-p
Confronto	Classe baixa	33	7,3636	4,37191	0,904
	Classe média	29	6,8966	5,03803	
	Classe alta	32	7,2813	3,42886	
	Total	94	7,1915	4,26357	
Afastamento	Classe baixa	33	6,2424	4,15354	0,188
	Classe média	29	4,3448	3,84778	
	Classe alta	32	5,6250	4,24834	
	Total	94	5,4468	4,12602	
Autocontrole	Classe baixa	33	9,3939	4,04614	0,898
	Classe média	29	9,4138	4,18771	
	Classe alta	32	9,8125	3,93034	
	Total	94	9,5426	4,01252	
Suporte Social	Classe baixa	33	8,4242	4,78951	0,418
	Classe média	29	8,9655	5,15116	
	Classe alta	32	10,0313	4,92842	
	Total	94	9,1383	4,94399	
Aceitação de responsabilidade	Classe baixa	33	4,3030	2,77809	0,384
	Classe média	29	3,5862	3,02982	
	Classe alta	32	4,5625	2,66322	
	Total	94	4,1702	2,81943	

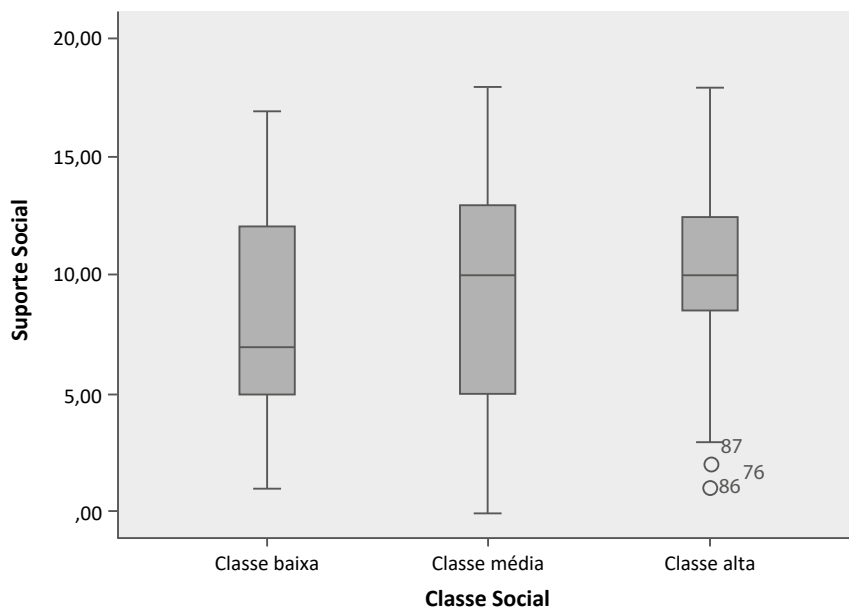
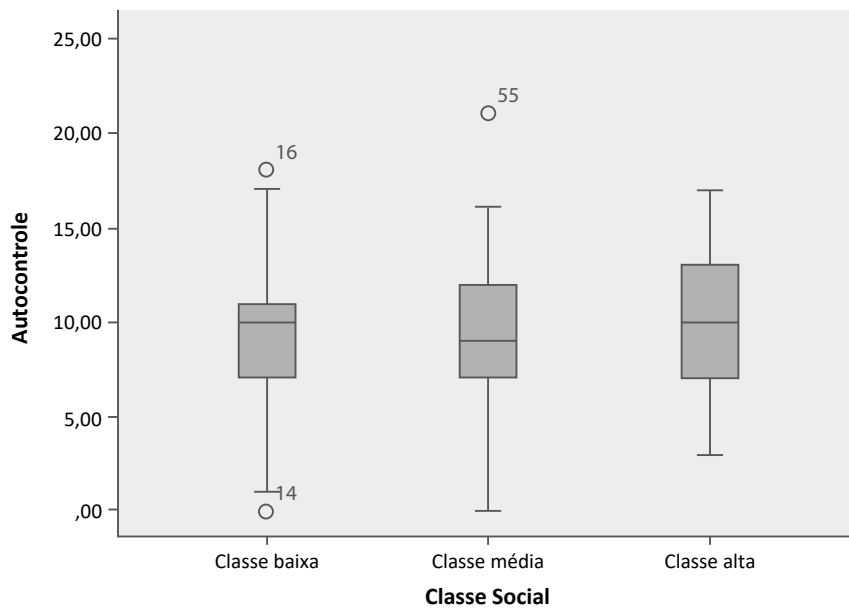
Fuga – esquiva	Classe baixa	33	9,0303	3,90100	0,532
	Classe média	29	8,4828	5,13128	
	Classe alta	32	9,7500	4,19677	
	Total	94	9,1064	4,39322	
Resolução de problemas	Classe baixa	33	6,7879	4,02925	0,108
	Classe média	29	7,3103	4,74420	
	Classe alta	32	8,9375	3,87663	
	Total	94	7,6809	4,27096	
Reavaliação positiva	Classe baixa	33	11,0909	4,50946	0,107
	Classe média	29	9,1379	4,66541	
	Classe alta	32	11,5938	4,91777	
	Total	94	10,6596	4,76446	

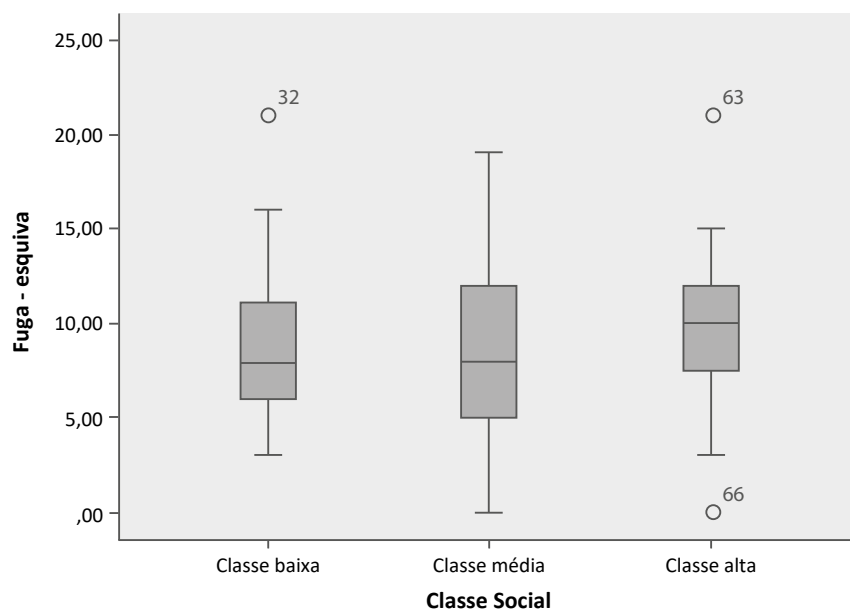
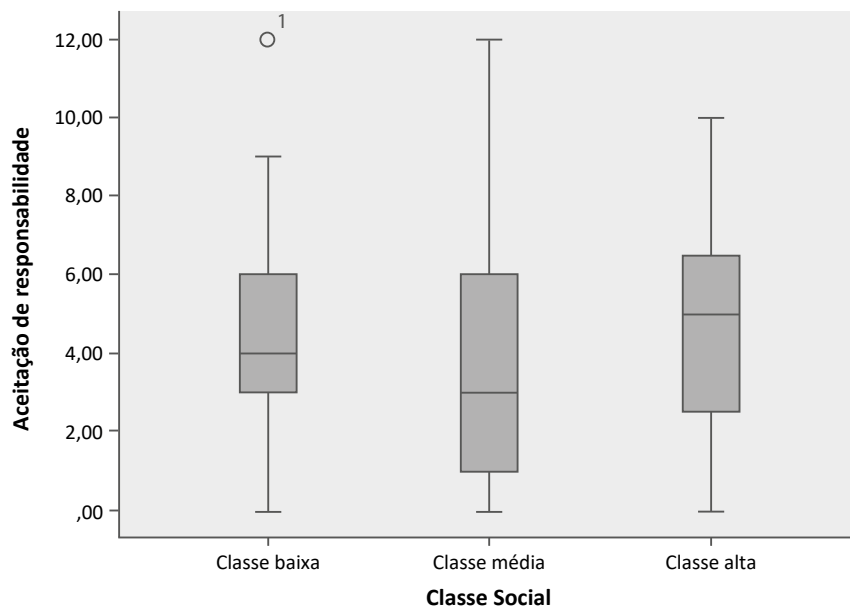
Tabela 9. Teste ANOVA considerando a variável classe social como variável de agrupamento.

Fonte: Elaborada pela autora.

Para todas as variáveis definidas na Tabela 9, não rejeitamos a hipótese de que as médias são iguais nos diferentes grupos da variável classe social, em nível de $\alpha = 5\%$ de significância. A Figura 12 apresenta os *box-plots* dessas variáveis para fins de aprofundamento na análise.







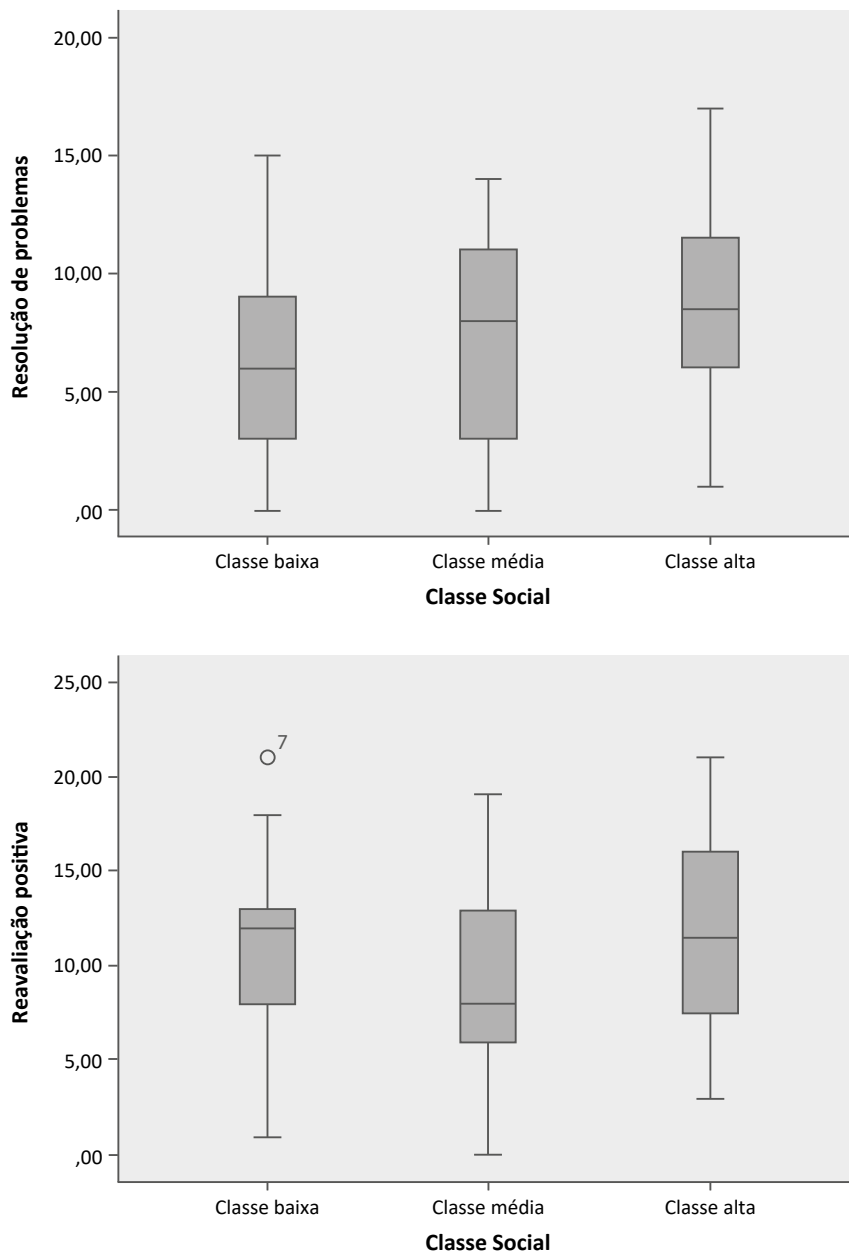


Figura 12. *Box-plots* dos fatores do inventário considerando a variável classe social como variável de agrupamento.

Fonte: Elaborada pela autora.

De fato, analisando o intervalo interquartilico, as médias das variáveis não aparentam ser diferentes nos variados grupos, sendo que algumas variáveis, como afastamento, suporte social e fuga-esquiva, possuem valores aberrantes em algum dos grupos, o que influencia fortemente o valor da média.

10

Discussão dos resultados

Os resultados que apresentamos, nesta investigação, sob o tema de alta relevância: Estratégias de enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída, nos permitem conhecer distintas estratégias que os familiares de adictos usam para enfrentar tal problema. As pesquisas realizadas nos possibilitaram abarcar o universo pessoal de cada familiar explorando o significado da recaída para cada um deles, sendo possível, através deste estudo, conhecer as distintas formas de enfrentar a recaída de seus familiares, ou seja, o que fazem para transformar essa difícil realidade familiar.

Assim, destaca-se que foi possível verificar, através da análise dos dados coletados, uma variedade de estratégias focalizadas na emoção e também no problema.

10.1 Estratégias de enfrentamento e sua correlação com a classe social

Os resultados apontam que a classe social denominada baixa apresentou como estratégias mais usadas o afastamento, o autocontrole e a reavaliação positiva. Porém, os resultados apontam para médias iguais na maioria dos fatores.

A classe média apresentou como estratégias de enfrentamento mais usadas para lidar com as recaídas: autocontrole, fuga e esquiva, e aceitação de responsabilidade.

A classe alta apresentou como estratégias mais usadas: suporte social, reavaliação positiva, resolução de problemas e autocontrole.

Contempla-se, através deste estudo, que as estratégias mais encontradas focalizadas na emoção foram: busca pelo suporte social, reavaliação positiva e autocontrole. Destaca-se que as estratégias mais encontradas focalizadas no problema foram a busca pela resolução dos problemas, a procura pela informação, ou seja, aprender mais sobre a doença.

Ao comparar os estudos apresentados no Estado da Arte com os resultados aqui elencados, é mister destacar que as pesquisas sobre familiares de adictos buscaram identificar a dinâmica relacional da família com a dependência química, em que se considerava que a família poderia funcionar como fator de risco ou de proteção, todavia, não foram exploradas estratégias de enfrentamento na situação da dependência química. Dessa forma, pode-se depreender que comparar somente a família como fator de risco ou proteção não leva em consideração as estratégias de enfrentamento utilizadas pela família para lidar com tal problemática. Conclui-se que para avaliar se alguma família é fator de risco ou proteção é necessário entender a dinâmica familiar, mas, sobretudo, entender como enfrentam e atravessam as recaídas.

O estudo sobre a experiência da família em relação às drogas demonstrou que houve, nesses casos, uma relação positiva significativa. Entre as atitudes positivas ao vício estão as ações com emoção e esquivas, com estratégias de enfrentamento orientadas e coesão familiar, o que demonstra certa semelhança com os resultados aqui apresentados, pois onde há uma relação positiva, enfrentamento orientado e coesão familiar, pode-se enfrentar de melhor forma as recaídas.

Entre as pesquisas sobre recaída, salienta-se a que estudou a relação entre as situações de recaída e a família de origem: um estudo sobre a percepção dos dependentes, pontuando as estratégias de enfrentamento utilizadas em situação de risco. Tal estudo aponta que os resultados se mostraram na média devido ao fato de os sujeitos serem participantes em tratamento para dependência química e que já refletem sua recuperação. Entretanto, a pesquisa supracitada destaca que os escores podem ser melhorados, uma vez que estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas no contexto da família de origem. Comparando-se aos resultados produzidos em nossa pesquisa, cumpre destacar que o grupo pesquisado já estava sob psicoeducação e aprenden-

do sobre estratégias de enfrentamento, o que pode, de certa forma, interefrir positivamente no enfrentamento e nos resultados ora apresentados.

No estudo apresentado no estado da arte sobre estratégias de enfrentamento, objetivou-se desenvolver um inventário multidimensional de enfrentamento para avaliar as diferentes formas pelas quais as pessoas respondem ao estresse. O estudo reporta o desenvolvimento de itens da escala, aponta relatórios de correlações entre as diversas escalas de enfrentamento, além de manifestar o que se confirma em nosso estudo, pois as estratégias de enfrentamento não são somente um constructo da personalidade, mas podem estar ligadas à situação ou fonte estressora.

Durante a realização do presente estudo, não foram observados casos em que o familiar utilizasse somente um tipo de estratégia, focalizado apenas na emoção ou apenas no problema. Esse fato corrobora, positivamente, com a acepção de que indivíduos usam distintas estratégias e podem vir a utilizá-las concomitantemente ou em momentos distintos. Ora o indivíduo usa as estratégias focalizadas na emoção, ora focalizadas em problemas, de modo que tal fato refuta a hipótese de que haja correlação entre as estratégias de enfrentamento e a classe socioeconômica.

10.2 Estratégias de enfrentamento e sua correlação com o tempo de dependência

As estratégias de enfrentamento correlatas ao tempo de dependência não apresentam alta significância, ou seja, as médias são praticamente iguais ao uso das estratégias, correlacionando-as com o tempo de dependência química.

10.3 Estratégias de enfrentamento e sua correlação com a quantidade de recaídas

As estratégias de enfrentamento correlacionadas à quantidade de recaídas possuem ampla significância nas variáveis confronto e autocontrole, apresentando diferença nas médias nos casos em que os adictos tiveram mais de três recaídas. As estratégias de confronto e autocontrole indicam que os indivíduos tendem a buscar o confronto como alternativa de enfrentamento, o que significa controlar seus comportamentos, pensamentos e

atitudes frente ao problema relacionado, e o autocontrole diz respeito a suas emoções para lidar com o referido problema, ou seja, como o familiar faz para se controlar emocionalmente frente às recaídas. Ele recorre a fatores como a realização de atividade física ou desabafar com um amigo para encontrar enfrentamento eficaz.

A pesquisa nos mostra que as respostas são muito ativas, sempre demonstrando o caráter de dedicação por parte do familiar, utilizando muitas vezes respostas como:

- Tentei analisar o problema para entender melhor (aceitação de responsabilidade);
- Deixei o tempo passar, o tempo é o melhor remédio (afastamento);
- Critiquei-me, repreendi-me (fuga-esquiva);
- Esperei um milagre (reavaliação positiva);
- Fiz como se nada tivesse acontecido (fuga e esquiva);
- Procurei guardar para mim meus sentimentos (afastamento);
- Procurei esquecer o problema (afastamento);
- Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema (aceitação de responsabilidade);
- Encontrei novas crenças (reavaliação positiva);
- Procurei um amigo para pedir conselhos (apoio social); entre outras.

Percebeu-se, nos familiares investigados, maior utilização das estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção em comparação com as estratégias focalizadas no problema. Parece-nos que as pessoas de classe média e baixa utilizam muito estratégias focalizadas na emoção e as pessoas de classe alta focalizam mais nas estratégias relacionadas ao problema. Essas diferenças, porém, não são estatisticamente significativas, levando-nos a interpretar que as estratégias de enfrentamento utilizadas não têm relevância se comparadas com a classe social. Além disso, os familiares utilizam tanto as estratégias centradas no problema, quanto aquelas centradas na emoção.

Fatores como “Esperei um milagre” ou “Rezei” aparecem com alta frequência nas classes baixas e média, mostrando-nos que, talvez, devêssemos

apostar em estratégias de cunho religioso, o que poderia ser um fator favorável à prevenção de recaídas.

Ademais, estratégias como “Procurei ajuda especializada” aparecem na classe alta. Fatores como afastamento também aparecem no grupo estudado. Há uma prevalência nas respostas dos familiares de todas as classes sociais em relação às estratégias: “Conversei com outras pessoas sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação”, “Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema”, de modo que a busca por suporte social é apresentada na maioria das respostas dos familiares investigados que utilizaram a estratégia: “Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos”, demonstrando que essa é uma estratégia muito usada em todas as classes sociais.

O fator afastamento nos parece ser também uma estratégia muito utilizada pelos familiares, apontando a estratégia: “Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo” ou “Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse”.

Assim, foi constatado que as famílias utilizam distintas estratégias de enfrentamento, e as mesmas diante da recaída, porém não há correlação entre estratégias de enfrentamento e a classe social a que pertence a família. A classe alta tende a buscar mais por ajuda profissional ou compreender o que se passa, em contraste com a classe baixa, que recorre mais a fenômenos espirituais, como esperar um milagre ou reza; já a classe média, podemos dizer que apresenta tanto a busca por ajuda profissional quanto apoio social ou mesmo o afastamento, fuga e esquiva. Todas as classes sociais usam estratégias focadas na emoção e no problema, o que nos mostra que não existem estratégias mais ou menos importantes.

As estratégias de enfrentamento encontradas nos familiares reforçam as evidências encontradas em toda a literatura pesquisada. Pessoas, de maneira geral, com culturas, hábitos, formas de pensar distintas, também se comportam de forma distinta mesmo diante do mesmo problema, ou seja, a recaída de seu familiar às drogas.

Retomando as hipóteses pleiteadas neste estudo, cabe aqui estratificar cada uma delas conforme elucidada-se abaixo:

Hipótese 1 – As famílias de nível socioeconômico alto apresentam mais estratégias de enfrentamento centradas no problema. Tal hipótese pôde ser confirmada, pois as estratégias de enfrentamento podem ser classificadas como centradas no problema ou centradas na emoção (FOLKMAN; LAZARUS, 1980). Quando centradas no problema, o indivíduo se esforça para administrá-lo ou então para melhorar seu relacionamento com o meio, e, quando centradas na emoção, as estratégias de enfrentamento tentam substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo, originando-se principalmente de processos defensivos, fazendo com que as pessoas evitem confrontar-se conscientemente com a realidade de ameaça e ser confirmada. Nesse sentido, a classe alta apresentou estratégias de alto controle, reavaliação positiva, resolução de problemas e aceitação de responsabilidade.

Hipótese 2 – As famílias de nível socioeconômico médio apresentam mais estratégias de enfrentamento centradas na emoção. Essa hipótese não pode ser confirmada, levando-se em consideração que não houve valores significativos das diferenças nas correlações entre classes sociais alta, média e baixa.

Hipótese 3 – Estima-se que haja forte e significativa correlação entre as estratégias de enfrentamento e o tempo de dependência, bem como uma correlação entre as estratégias de enfrentamento e a quantidade de recaídas. Essa hipótese é refutada ao se discutir a correlação entre estratégias de enfrentamento e tempo de dependência química, em que os resultados apontaram que os valores não apresentam alta significância, ou seja, as médias são praticamente iguais ao uso das estratégias quando correlacionadas com o tempo de dependência química. Entretanto, foi possível confirmar a hipótese de que estratégias de enfrentamento relativas à quantidade de recaídas possuem ampla significância nas variáveis confronto e autocontrole, em que os resultados apresentam diferença nas médias nos casos em que os adictos tiveram mais de três recaídas.

Hipótese 4 – Os familiares de adictos apresentam estratégias de enfrentamento distintas havendo correlação significativa entre as variáveis, ou seja, mesmo nas diferentes estratégias de enfrentamento há relevante correlação entre as variáveis tempo de dependência química, quantidade de recaídas e classe social. Após análise estatística, refuta-se tal hipótese, uma vez que não se pôde confirmar relevante correlação entre as variáveis tempo de dependência, em que os resultados demonstram que a maioria dos itens

do inventário não tem associação estatisticamente significativa com a variável tempo de dependência, destacando-se que essa conclusão apenas não se aplica aos itens do inventário de estratégias de enfrentamento 18 (Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas), 46 (Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria), 48 (Busquei nas experiências passadas uma situação similar) e 57 (Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempos melhores do que aqueles em que eu estava). Nestes itens, o teste de associação apontou que houve associação estatisticamente significativa no que tange à correlação entre estratégias de enfrentamento e classe social e os resultados revelam que não há associação significativa. Já na hipótese de haver correlação entre as quantidades de recaídas e as estratégias de enfrentamento, chega-se à conclusão de que tal hipótese se confirma, sendo de ampla significância.

10.4 Limitações do estudo

Ressaltamos que, durante a aplicação do Inventário, alguns familiares que acompanham seu familiar em programa de recuperação solicitaram não participar (6 participantes de um total de 97) da pesquisa, tamanho o sofrimento psíquico demonstrado ao entrar em contato com algo que lhes tem angustiado. Consideramos esse dado importante, pois podemos considerar que demonstra também um tipo de estratégia de enfrentamento o fato de “Negar-se a responder ao inventário”. Fato que, em pesquisas qualitativas, deve alcançar maior relevância.

Destaca-se ainda que podemos apontar limitações no presente estudo, pois o mesmo não é avaliado sob a ótica qualitativa. Isto reduz nossa contextualização e foi possível observar, durante a aplicação do Inventário, um forte desejo de “complementar” com a história de vida do familiar, o que certamente poderá ser feito em estudos futuros. Foi possível perceber o desejo, por parte da família, em falar e contar a sua história de vida, suas dificuldades e enfrentamentos. Entendemos ser este um fator importante e que precisa estar relatado neste estudo. A partir de uma observação não sistemática, percebemos o quanto o suporte religioso tem sido presente neste público, familiares de adictos, pois muitos participantes relatavam buscar ajuda religiosa para enfrentar as recaídas. Essa questão é de extrema importância a considerar, já que temos, no corpo do instrumento, afirmações (dentre as 66) que elucidam o *coping* religioso.

Brunoro (2014) elucida que há um número grande de investigações acerca do *coping*, destacando que a busca por suporte religioso sempre se destaca e contribui para minimizar o sofrimento. Assim, autores destacam a possibilidade de implementar uma nova categoria ou fator acerca da religiosidade.

A partir do exposto acima, cabe-nos também ressaltar que a maioria das comunidades terapêuticas (CT) traz em sua filosofia de funcionamento um aparato religioso e dedica-se à recuperação de adictos. Todavia, elas mantêm o viés religioso incluindo em suas práticas orações, momentos de cantar, reflexões de forma existencial e transcendental. Esse fato talvez possa interferir nas estratégias de enfrentamento, funcionando como uma sugestão ao sujeito.

Marlatt e Donovan (2005), como citado em Avants, Warburton e Margolin (2001), nos trazem o conhecimento de que os pacientes em manutenção com altos índices de apoio espiritual conseguem permanecer abstêmicos por tempo mais longo durante os 6 meses de tratamento em comparação com outros que não têm apoio espiritual ou religioso. A busca por esse fator é um indicador forte de abstinência. É possível comprovar tal fato em nosso estudo, visto que os participantes apresentam, também, estratégias de busca por suporte religioso, levando-nos a pensar que esta possa ser uma característica cultural, o que deve ser investigado em pesquisas futuras.

Considerações finais

Este estudo apresentou análise das estratégias de enfrentamento de familiares de adictos ao álcool e outras drogas na situação da recaída, ou seja, buscou-se conhecer quais estratégias os familiares utilizam para lidar com a recaída. Foram, ainda, correlacionadas as estratégias com suas respectivas situações socioeconômicas. Buscou-se saber se indivíduos de classes alta, média ou baixa possuíam distintas estratégias de enfrentamento e quais eram essas estratégias, a fim de mensurá-las através de análise estatística descritiva. Assim, utilizando como método de análise a soma dos itens referentes a cada fator do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, fica aparente que a estratégia de enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída não tem relação estatística significativa com a classe social do familiar e sequer com o tempo de dependência do adicto. No entanto, a quantidade de recaídas do adicto tem influência estatisticamente significante na estratégia de enfrentamento de seu familiar.

Foi possível refutar a hipótese de que os familiares de adictos apresentam estratégias de enfrentamento diferentes conforme as classes sociais a que pertencem. Refuta-se também a correlação significativa entre estratégias de enfrentamento e tempo de dependência. Todavia, confirma-se a significante correlação entre a estratégia de enfrentamento e a quantidade de recaídas.

E, ainda, foi possível confirmar a hipótese de que os familiares de adictos das classes C1, C2, D-E (média e baixa) poderiam apresentar estratégias de confronto, de afastamento, fuga e esquiva, reavaliação positiva. Complementamos a necessidade de termos um fator de estratégias de enfrentamento “Busca por suporte religioso” que aparece nas classes C1, C2, D-E

(média e baixa) com alta prevalência. Tal fator poderá, em futuras pesquisas, ser avaliado e confirmado, senão seria um dado de uma determinada cultura.

Estima-se que esta pesquisa venha a servir como base de dados acerca das estratégias de enfrentamento de famílias com casos de recaídas e, ainda, apoiar futuras investigações ampliando, quem sabe, o olhar mais qualitativo. Ademais, pode ser interessante a outros pesquisadores a proposição de um estudo longitudinal que acompanhe a aprendizagem das estratégias de enfrentamento e compare, antes e depois de psicoeducado, o grupo a ser analisado, assim poder-se-ia observar outras variações. Será que a psicoeducação ou a aprendizagem modificariam estratégias de enfrentamento? É uma questão a se avaliar futuramente.

Observamos que poucos estudos têm abordado a família do adicto na situação de recaída. Assim, a partir destes resultados, podemos dar um novo significado e repensar sobre o sofrimento pelo qual a família passa lançando mão de projetos adequados para o enfrentamento à recaída, fenômeno tão ocorrido em comunidades terapêuticas e clínicas particulares. Ademais, cabe destacar que políticas públicas voltadas à família podem e devem compor programas de recuperação do adicto.

Estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas e deverão ser inseridas em programas voltados a famílias de adictos, propiciando aprendizagem que, certamente, influenciará em demandas menores de recaídas. Essas aprendizagens ajudarão as famílias a enfrentar de forma mais adaptativa e assertiva esse problema com o qual temos lutado arduamente. Esperamos e sabemos que o caminho a trilhar é deveras longo e a psicologia faz parte disso compreendendo e colaborando com a família que passa situações de adicção e sucessivas recaídas.

Referências

- Alvarez, A. M. A. (2007). Fatores de Risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 188-193.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665–4674. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>.
- Andretta, I. (2009). A efetividade da entrevista motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional [Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Recuperado de: <http://meriva.pucrs.br/dspace/handle/10923/4848>
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O Conceito de Coping: uma visão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273–294.
- Arterburn, S., & Burns, J. (2012). *Como falar de Drogas em Casa*. Universidade da Família.
- Baus, J. (1999). Prevenção da Recaída: Um programa de ajuda para dependentes químicos em recuperação. *Revista de Ciências Humanas*, 25, 162–168. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/23716>
- Beattie, M. (2007). *Co-dependência nunca mais (10a)*. Nova Era.
- Beck, A. T. (2013). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Becoña, E., & Vazquez, F. L. (2017). Psicopatologia e tratamento da dependência química em crianças e adolescentes. In V. E. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente*. Trantornos Gerais. Santos Editora.
- Brown, S. A., Tate, S. R., Vik, P. W., & Aarons, G. A. (1999). Modeling of alcohol use mediates the effect of family history of alcoholism on adolescent alcohol expectancies. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(1), 20-27.

- Bursztein, P. A., & Stempliuk, V. A. (1999). A cocaína e a família. In C. M. Leite & A. G. Guerra (Eds.), *Cocaína e crack: Dos fundamentos ao tratamento*. Artmed.
- Camerini, J. A. O. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y actualizada (1a)*. C.A.T.R.E.C.
- Cardim, E., & Lourenço, J. (n.d.). *Intervenções Familiares no Tratamento da Dependência Química*. Recuperado de: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/ensino/Interv_Familiares_Tratamento_Dependencia_Quimica.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/56/2/267/>
- Castañon, G. A. O. (2006). *O Cognitivismo e o desafio da psicologia científica* [Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Recuperado de: <http://files.anajatubaateniense-blogspot-com.webnode.com/200000295-8e8148f7aa/O%20COGNITIVISMO%20E%20O%20DESAFIO.pdf>
- Castañon, G. A. O. (2005). Construtivismo e terapia cognitiva: questões epistemológicas. *Revista brasileira de terapias cognitivas. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 31–42. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004&script=sci_arttext
- Chamon, E. M. Q. O., Santos, O. A. S., & Chamon, M. A. (2008). *Estresse e Estratégias de Enfrentamento: Instrumentos de Avaliação e Aplicações*. ANPAD. Recuperado de: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR-A1015.pdf>
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 10(3), 393-403. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-24692-001>
- Davidoff, L. L. (2001). *Introdução à psicologia (3a)*. Pearson Makron Books.
- Dessen, M. A. (1998). Como Estudar a Família e o pai? *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 8(1–2), 105–121. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v8n14-15/09.pdf>
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas*. Artmed.
- Dobson, K., & Dozois, D. J. A. (2006). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitivebehavioral therapies (2a)*. Guilford Press.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*. Multi-Health Systems Inc.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances En Medición*, 6, 27–36.
- Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. (1998). Dependência de substâncias psicoativa. In *Terapia Cognitiva Comportamental para transtornos psiquiátricos*. Artes Médicas.
- Gardner, H. (1996). *Mentes que Criam*. Artmed.

- Gardner, H. (1995). *Nova Ciência da Mente, uma história da revolução Cognitiva* (V. 09). Edusp.
- Gomes, W., & Rigotto, S. D. (2002). Contextos de Abstinência e recaída na Recuperação da Dependência Química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 095–106. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1.pdf>
- Hodkin, B., Vacheresse, A., & Buffet, S. (1996). Concept of family: Methodological issues in assessing perceived family memberships. In C. M. (Ed.), *Research on family resources and needs across the world* (pp. 45–54). LED.
- Horta, R. L. (2007). *Mulheres e drogas: o que a família tem com isso? Argumentos do Discurso contemporâneo* [Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Recuperado de: <http://meriva.pucrs.br/dspace/handle/10923/4904>
- Inaba, D. S., & Cohen, W. E. (1991). *Drogas estimulantes, depressoras, alucinógenos. Os efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas*. Editora Jorge Zahar.
- Jungerman, F. S., & Zanelatto, N. A. (2007). *Tratamento psicológico do usuário de maconha e seus familiares. Um manual para terapeutas*. Editora Roca.
- Khalili, N., Farajzadegan, Z., Mokarian, F., & Bahrami, F. (2008). Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iranian Journal Nursing Midwifery Research*, 18, 105–111.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 54–64.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention* (1st ed.). Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1999). *A Prevenção da Recaída*. Artimed.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Prevenção de Recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Artimed.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavior medicine: Changing health lifestyles*. Brunner/Mazel.
- Minuchin, S. (1992). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Colapinto, J., & Minuchin, P. (1999). *Trabalhando com pessoas pobres*. Artes Médicas.
- Motta, A. B. (2014). Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 331–341. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11449/127302>

- Neri, M. (2010). A nova classe média: o lado brilhante dos pobres. FGV/CPS.
- OMS, O. (2007). Classificação Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID 10.
- Paz, F. M., & Colossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 551–558.
- Pinho, L. B., Oliveira, I. R., Gonzales, R. I. C., & Hartes, J. (2012). Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. *Enfermería Global*, 11(25), 139–149. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100009
- Popper, K. (1959). *A lógica da pesquisa Científica*. Editora Cultrix.
- Quiroga, S. E. (1999). *Adolescencia del goce organico ao hallazgo de objeto*. Eudeba.
- Sampaio, D. (1984). *Terapia Familiar sistêmica: um novo conceito, uma nova prática*. *Acta Médica Portuguesa*, 5, 67–70.
- Santos, M. A., & Pratta, E. M. M. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia Em Estudo*, 12, 247–256. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>
- Savóia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 57–67. Recuperado de: [http://hcnet.usp.br/ippq/revista/vol26/n2/artigo\(57\).htm](http://hcnet.usp.br/ippq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm)
- Savóia, M. G., Mejias, N. P., & Santana, P. R. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Larazus e Folkman para o Português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183–201.
- Scheffer, M., Pasa, G. G., & Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533–541. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=en&nrm=iso
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707–717. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 299–306. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100022&script=sci_abstract&tlng=pt
- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicologia*, 3, 30–36.

- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21(2), 363–378. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200008&lng=pt&nrm=iso
- Skinner, E. A., Edge, K., Altaman, K., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
- Stanton, M. D., & Todd, T. Y. (2010). *Terapia familiar Del abuso Y Adicción A Las Drogas (3a)*. Editora Ave Maria.
- V, D. (2014). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a)*. Artes Médicas.
- Zampieri, M. A. J. (2010). *Codependência – O transtorno e a intervenção em rede*. Ágora.

Anexo A

Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. Não usei esta estratégia.
- 1. Usei um pouco.
- 2. Usei bastante.
- 3. Usei em grande quantidade.

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3

7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem.	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação que não era a esperada.	0	1	2	3

28. De alguma forma, extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias, a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre essa situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3

47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu me senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3

Anexo B

Questionário Sociodemográfico – Critério Brasil

Responda às perguntas abaixo de acordo com os itens que possui em seu lar:

POSSUI 1 2 3 4+

Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular;

Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana;

Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho;

Quantidade de banheiros;

DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel;

Quantidade de geladeiras;

Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex;

Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones;

Quantidade de lavadora de louças;

Quantidade de fornos de micro-ondas;

Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional;

Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1. Rede geral de distribuição
2. Poço ou nascente
3. Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1. Asfaltada/Pavimentada
2. Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Analfabeto/Primário incompleto

Analfabeto/Fundamental I incompleto

Fundamental I completo/Fundamental II incompleto

Primário completo/Ginásio incompleto

Fundamental completo/Médio incompleto

Ginásio completo/Colegial incompleto

Médio completo/Superior incompleto

Colegial completo/Superior incompleto

Superior completo

Anexo C

Estratégias de Enfrentamento de Familiares de adictos frente à recaída

Pesquisadora Responsável: Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Endereço: Rua Henrique Moscoso - 717, 904 - Centro - Vila Velha –ES, CEP: 29100-021 - Fone: (27) 32291967 - E-mail: ju.sampaio23@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) _____

_____ está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Estratégias de Enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída”. Neste estudo, pretendemos analisar as estratégias de enfrentamento de familiares de adictos adolescentes de ambos os sexos, de diferentes níveis socioeconômicos, com idade entre 14 a 18 anos, que estejam em recuperação, frente à recaída.

O motivo que nos leva a estudar é que percebemos o quão amplos são os estudos que tratam apenas do adicto, suas dificuldades, percepções, crenças, mas não fazem referência ao familiar, especificamente, no que diz respeito às recaídas, sendo estas de alta prevalência, o que gera demasiado sofrimento por parte dos familiares que acompanham o processo de recuperação de seu familiar.

A importância deste estudo consiste em aprofundar as pesquisas sobre estratégias de enfrentamento de problemas ligados aos usuários de drogas

ilícitas e álcool ante sua família quando perpassam pela situação de recaída e, assim, promover suporte psicológico para os familiares de adictos, identificar e analisar criticamente as ações de enfrentamento às drogas existentes no repertório desses sujeitos. Diante do exposto, é relevante compreender quais as estratégias de enfrentamento esses familiares abarcam em seu repertório cognitivo, comparar se essas estratégias irão variar de acordo com a classe social, bem como segundo o tempo de dependência química e, também, segundo a quantidade de recaídas e, dessa forma, contribuir no sentido de tornar as recaídas menos prevalentes.

Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos: aplicação de um inventário de estratégias de enfrentamento e um questionário socioeconômico.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável no Consultório Juliana Lóss e a outra será fornecida a você.

Os riscos que poderão surgir na presente pesquisa decorrem de risco baixo, podendo o entrevistado sentir-se desconfortável, envergonhado ou aca-nhado, todavia o manejo de aplicação do inventário tentará não causar nenhum desconforto aos participantes, deixando-os à vontade para responderem.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, a pesquisadora assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____
_____, fui informado(a) dos objetivos do estudo “Estratégias de Enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída”, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Vila Velha, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante: _____

Anexo D

Análise Exploratória utilizando: q:Teste Qui-quadrado de Pearson e f: Teste de Fisher

Confira o Anexo D em PDF¹ através do QR Code abaixo.



1. Acesse também via:
<https://drive.google.com/file/d/1UZC-9ifDpog4YM05Apt8mIB3QritLcb/view?usp=sharing>

#ParaTodoMundoVer: Descrição da capa do livro

O conceito desta capa representa o processo de enfrentamento das famílias de adictos. No topo, há um emaranhado de linhas que representam o começo do processo: a confusão, as dificuldades. A partir deste emaranhado, uma linha desce na representação do enfrentamento. É uma linha tortuosa e que por vezes pode se embolar durante o processo, representando as recaídas, mas que continua seguindo até que não haja mais nós.

A cor azul escuro, escolhida para o fundo, transmite confiança e segurança, características importantes de se atingir na relação entre a família e o adicto. Já o branco, utilizado nas linhas que formam o emaranhado e no título da capa, é constantemente associado à paz e ao equilíbrio, além de se relacionar com a liberdade e a pureza. É uma cor que sugere libertação. O amarelo aplicado no nome da autora traz consigo o otimismo necessário para o enfrentamento.

A presente obra nos apresenta estudos científicos realizados referentes ao tema e também minimiza a angústia daquelas famílias que não possuem resiliência e/ou estratégias para enfrentar as recaídas frente a seus familiares. Importante notar que a autora apresenta, de maneira clara e científica, como é possível superar as crises frente às recaídas em uso de substâncias psicoativas em relação a um ente querido. Recomendo a leitura desta obra ao público em geral, aos profissionais da área da saúde e aos demais profissionais com o intuito da multidisciplinaridade de saberes.

Ana Laura Parlato

Doutora em Psicologia Clínica pela UCES - Buenos Aires
Psicóloga; escritora; neuropsicóloga pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo



encontrografia

encontrografia.com
www.facebook.com/Encontrografia-Editora
www.instagram.com/encontrografiaeditora
www.twitter.com/encontrografia