

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

**Estudo da desesperança e estrutura familiar como fatores de interferência no
processo de recuperação do dependente químico**

Área de concentração Psiquiatria

Linha de pesquisa: Epidemiologia

Mestranda: Aline Cristina da Silva Calixto

RECIFE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

**Estudo da desesperança e estrutura familiar como fatores de interferência no
processo de recuperação do dependente químico**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento da Universidade
Federal de Pernambuco, pela
mestranda Aline Cristina da Silva
Calixto, como parte das exigências
para obtenção do título de Mestre
em Neuropsiquiatria, na área de
Psiquiatria.

Orientador: Prof^o Dr. Murilo Duarte Costa Lima

Mestranda: Aline Cristina da Silva Calixto

RECIFE

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C154e Calixto, Aline Cristina da Silva.
Estudo da desesperança e estrutura familiar como fatores de interferência no processo de recuperação do dependente químico / Aline Cristina da Silva Calixto. – Recife: O autor, 2014.
88 f.: il.; tab.; quadr.; gráf.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte Costa Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Relações familiares. 3. Características da família. I. Lima, Murilo Duarte Costa (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2014-232)

ALINE CRISTINA DA SILVA CALIXTO

**Estudo da desesperança e estrutura familiar como fatores de interferência no
processo de recuperação do dependente químico**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento da Universidade
Federal de Pernambuco, pela
mestranda Aline Cristina da Silva
Calixto, como parte das exigências
para obtenção do título de Mestre
em Neuropsiquiatria, na área de
Psiquiatria.

DATA DE APROVAÇÃO: 12/03/2014

BANCA EXAMINADORA

Dr. Murilo Duarte da Costa Lima
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

Dr^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

Dr^a Reginete Cavalcanti Pereira
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO - UFRPE

Dedico este trabalho em memória da minha amiga Luciana Maia que nos deixou precocemente, há menos de um mês, como demonstração do meu carinho e saudade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir minha existência, meu caminho, meus obstáculos e tropeços e por fim a realização de mais um sonho: entrar como aluna de pós-graduação e sair como professora efetiva da UFPE.

Aos meus pais que me geraram e os que me criaram e tantos outros que vou encontrando, não por acaso, ao longo da vida e que desempenham divinamente esse papel.

Ao meu marido Lafayette Lemos de Oliveira, companheiro de cursinho, vestibular, faculdade, residência e agora mestrado, pelo respeito, tolerância e companhia e afeto.

Aos amigos (muitos), em especial Lígia Fernandes (Aizafat) e Camila Cordeiro (Camilinha) que tornaram esse trabalho possível, João Antônio Ribeiro, Geny Araújo, Bruno Marcelo, pelo incentivo, amigos do CAPS, NASF, e à toda turma de pós-graduação, em especial, Daniela Lopes, Daniel Pires Marques, Henrique Faria e Roberto Mendes.

A todo corpo docente, em especial professor Dr. Amaury Cantilino, Professora Dr^a. Rosana Ximenes professora Dr^a. Vânia Pinheiro e professora Dr^a. Flávia Nassar pela valorosa contribuição de conhecimentos e por me darem a real dimensão da pesquisa científica.

Ao professor Dr. Murilo Costa Lima e professora Reginete Cavalcanti Pereira, por acreditarem nesse projeto quando nem mesmo ele existia, mas que confiaram na minha seriedade e compromisso, possibilitando a oportunidade de crescer profissionalmente intelectualmente e principalmente como pessoa.

Agradeço á toda a equipe do NEDEQ e principalmente a todas as famílias que me permitiram fazer parte momentaneamente do seu universo particular, pois sem vocês esse trabalho não seria possível, nem teria sentido.

A todos, muito obrigada!

“O otimista acredita que tudo vai dar certo. Eu não. Espero que dos erros possa sair algo positivo.”

(Marcelo Jeneci)

CALIXTO, A.C.S. Estudo da desesperança e estrutura familiar como fatores de interferência no processo de recuperação do dependente químico. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento) –Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

Resumo

Fatores de risco para o uso de drogas como os baixos níveis de apoio familiar e a desesperança estão associados ao comportamento suicida em alcoolistas. Objetivos: avaliar a estrutura familiar e desesperança do adicto em recuperação. Métodos: através de um estudo transversal realizado no Núcleo Especializado de Dependência Química (NEDEQ) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) no período de maio a setembro de 2013, foram entrevistados 27 pacientes, homens (N=20) e mulheres (N=7) e 27 familiares. Foram utilizados um questionário sócio demográfico e uma entrevista semiestruturada aplicada a Beck Hopless Scale (BHS) para a construção do genogramas, além do teste exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis. Resultados: ficou demonstrada associação significativa entre desesperança e a faixa etária entre 22-30 anos (25,9%), dependentes de álcool (33,3%) e pelo menos um internamento (29,6%). Pacientes sem desesperança tiveram menos tentativas suicidas (25,9%). Em relação aos achados familiares constatou-se distanciamento afetivo (55%), conflitos (44%), superproteção (38,8%). Sobre os padrões de consumo de substâncias verificou-se que 33,3% dos desesperançados apresentavam antecedentes de alcoolismo (22,2%), tabagismo e uso de outras substâncias psicoativas (16,6%). Outros padrões de funcionamento: separação, migração, abandono, transtorno mental (27,7 %). Conclusão: não houve relação entre desesperança e menor participação familiar, alguns padrões familiares podem interferir no tratamento. Os resultados corroboram com estudos que apontam que o sucesso do tratamento da dependência de substâncias está relacionado com intervenções familiares adequadas bem como instrumentalização da equipe assistente.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Relações Familiares. Características da Família.

CALIXTO, A.C.S. Study of hopelessness and family structure as the interference factors in the recovery of chemically dependent process. Dissertation (Master of Neuropsychiatry and Behavioral Sciences) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

Abstract

Risk factors for drug use and low levels of family support and hopelessness are associated with suicidal behavior in alcoholics. Objectives: To assess the family structure and hopelessness of the recovering addict. Methods: A cross-sectional study carried out at the Chemical Dependency Specialist, Hospital das Clínicas, Federal University of Pernambuco in the period May to September 2013, 27 patients, men (N=20) were interviewed and women (N=7) and 27 relatives. One demographic questionnaire and a semistructured interview applied the Beck Hopeless Scale (BHS) for the construction of genograms, besides the Fisher exact test to assess the association between variables were used. Results: significant association was demonstrated between hopelessness and aged between 22-30 years (25.9%), alcoholics (33.3%) and at least one hospitalization (29.6%). Patients without hopelessness had fewer suicide attempts (25.9%). Regarding the findings, we noticed a family emotional detachment (55%), conflict (44%), over protection (38.8%). On patterns of substance it was found that 33.3% of despondent had history of alcohol (22.2%), smoking and use of other psychoactive substances (16.6%). Other operating standards: separation, migration, abandonment, mental disorders (27.7%). Conclusion: There was no relationship between hopelessness and less family involvement, some familiar patterns can interfere with treatment. The results corroborate studies that indicate that successful treatment of substance dependence associated with appropriate family interventions and instrumentalization of the care team.

Keywords: Substance-Related Disorders. Family Relations. Family Characteristics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico1: Relação percentual entre homens e mulheres entrevistados 47

Quadro 1: Padrões de relacionamento familiar dos pacientes com desesperança 55

Quadro 2: Padrões de funcionamento familiar de pacientes com desesperança 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos dados sócio demográficos dos pacientes atendidos no NEDEQ no período de maio a agosto de 2013 47

Tabela 2: Prevalência da a faixa etária dos participantes do estudo 47

Tabela 3:Prevalência do tempo de tratamento dos pacientes no NEDEQ 48

Tabela 4:Relação entre os tipos de substância utilizada pelos paciente 48

Tabela 5: Período máximo de abstinência durante o tratamento no NEDEQ .49

Tabela 6: Relação da quantidade de internamentos para desintoxicação .50

Tabela 7:Prevalência da idade de início do uso de substâncias psicoativas .51

Tabela 8:Comparativo entre as tentativas de suicídio e a presença de desesperança51

Tabela 9: Principais medicações utilizadas pelos participantes da pesquisa.52

Tabela 10:Comparativo entre a relação Marital a presença de desesperança.52

Tabela 11:Comparativo entre a percepção do usuário sobre a participação da família e a presença de desesperança 53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS-Organização Mundial de Saúde

CID10-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde –Décima edição

LSD-Acrônimo do termo alemão LysergSävreDiethylamid referente a substância alucinógena dietilamida do ácido lisérgico

A.A-Alcólicos Anônimos.

SPA-Substância psicoativas

ISRS-Inibidor seletivo da recaptação da serotonina

NEDEQ-HC- Núcleo de dependência química do Hospital das Clínicas

BHS-Beck hoplessScale.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1. Dados iniciais	14
1.2. Justificativa	16
1.3. Problematização	16
1.4. Revisão de Literatura	18
1.5. Artigo de revisão	27
1.6. Pergunta condutora	38
1.7. Objetivos	39
1.7.1. Objetivo geral	39
1.7.2. Objetivos específicos	39
2 DESENVOLVIMENTO	40
2.1. Métodos	40
2.1.1. Desenho do estudo	40
2.1.2. Local de pesquisa	40
2.1.3. Amostra/população de estudo	41
2.1.4. Critérios de inclusão	41
2.1.5. Critérios de exclusão	41
2.1.6. Instrumento de coleta de dados	42
2.1.6.1. Beck Hopless Scale	42
2.1.6.2. Entrevista semi-estruturada	42
2.1.6.3 Ficha clinica	42
2.1.6.4. Genograma familiar	43
2.1.6.4.1. Representação do genograma	43
2.1.6.4.2. Construção do genograma	44
2.2. Aspectos éticos	48
2.3. Resultados	49
2.4. Discussão	60
3 CONCLUSÃO	70
Referências	71
Apêndices	84
Anexos	87

1 INTRODUÇÃO

1.1. Dados iniciais

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, OMS (2012), aproximadamente 200 milhões de pessoas usam substâncias psicoativas. Este número elevado tem sido associado a vários transtornos psiquiátricos, especialmente ansiedade, depressão e outros transtornos do humor, com um impacto negativo importante sobre a vida das pessoas dependentes de substâncias (LEMOS, 2012; SUCHMAN, 2005).

Toda a vez que a vida de outra pessoa é alterada ou perturbada, seja pela drogadicção do filho, ou pelo alcoolismo do marido, seja pelo temor de que ele possa vir a usar tais substâncias, o problema já não pertence apenas ao dependente (LAWSON, 1999).

Os problemas relacionados com álcool e drogas podem também perturbar as relações interpessoais e de apoio social (TUCCI; KERR-CORRE; SOUZA-FORMIGONI, 2010; ALTERNAN, 2010). Além disso, há alto risco de desenvolvimento de distúrbios afetivos em quem teve experiências adversas na infância, como a falta de afeto, traumas ou eventos de abuso, o apoio social inadequado, famílias destruídas, e os pais com altos níveis de consumo de álcool (KORKELIAK et al, 2005).

Há também evidências de que usuários de álcool e drogas passaram por várias experiências negativas semelhantes às relatadas principalmente em uma idade precoce (STILICE; BURTON; SHAW, 2004).

Nurnberger et al (2004) constataram que "a agregação de transtorno de personalidade antissocial, dependência de drogas, transtornos de ansiedade e de humor sugere mecanismos comuns para esses transtornos e dependência de álcool dentro de algumas famílias ". A presença de tais distúrbios provavelmente contribui para uma má relação entre os membros da família.

Por este ponto de vista, a família apresenta dificuldades em colocar limites ou apresenta atitudes protetoras por ela mesma fazer uso de álcool socialmente ou por medo de ser abandonada. A dificuldade, o sofrimento e a impotência, é uma forma de manter a família unida e evidenciar a dificuldade familiar em lidar com o tema (SILVA et al, 2008).

Indivíduos que crescem em famílias carentes regras claras para o uso de álcool ou drogas correm um risco maior de abuso de drogas do que aqueles que as têm (DA COSTA; GONÇALVES, 1998). Além disso, as relações familiares pobres e a baixa autoestima de seus membros estão entre os fatores desencadeantes associados ao abuso de álcool (BLUM et al, 2000).

Geralmente essa família chega com muita ambivalência, dúvidas e ansiedade. Busca soluções mágicas de tratamento e resoluções de problemas, impotente sem, identificar por certo seus verdadeiros sentimentos em relação ao problema (LARANJEIRAS et al, 2003).

Barrera (2006) relata a importância de reconhecer a co-dependência, a superproteção ou o abandono por parte das famílias que muitas vezes disfuncionais, tornam-se rígidas ou muito permissivas, amorosas ou muito desapegadas.

Por outro lado, a família pode promover a aprendizagem de comportamentos saudáveis e ser uma fonte de apoio para o tratamento de indivíduos com problemas devido ao abuso de álcool ou de drogas. (HAWKIN; ARTHUR; CATALAO, 1994). Apoio ou suporte familiar pode ser demonstrado pela expressão de carinho, conforto, proteção, interesse, carinho e empatia entre os membros da família (MCFARLANE; BETUSSINO; NORMAN, 1993).

Conforme Neves (2004), os conhecimentos a cerca da dependência química são insuficientes, falta ajuda especializada para a demanda cada vez mais crescente de famílias que apresentam portadores de dependência alcoólica. Quaisquer atos que contribuam para que o dependente continue seu comportamento adicto, para evitar que sofra as consequências do consumo, ou para de alguma forma facilitar a sua recaída são considerados comportamentos potencializadores (ALTERMAN et al, 2010).

A família é um sistema dinâmico e passível de mudanças (STANTON, 1997). Melhorar as relações familiares é resgatar um vínculo fragilizado na tentativa de estabelecer um fator de proteção para o adicto. Trata-se de um trabalho complexo, porém relevante, que merece ser priorizado pelas políticas públicas.

1.2. Justificativa

É sabido que a dependência de substâncias psicoativas sofre influência de fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais e os mesmos desempenham um importante papel na causa, curso e resultados do transtorno (FIGLIE, FONTES, MORAES & PAYÁ, 2004; SCHENKER & MINAYO, 2004). Há evidências de que o sucesso do tratamento da dependência de substâncias está relacionado com a adequada intervenção dos familiares (CARR, 2004).

Paralelamente a desesperança é considerada como o “nexo causal entre depressão e suicídio” (CUNHA, 2001; MINKOFF, BERGMAN, BECK & BECK, 1973). A razão que levou ao desenvolvimento desse estudo é a necessidade de conhecimento do contexto familiar do dependente químico e a sua desesperança afim de que a compreensão das relações familiares possibilitem modificações em benefício do membro adicto em tratamento.

1.3. Problematização

Prata et al (2007), baseados na abordagem sistêmica, compreendem a família como uma rede relações, em que aquilo que acontece a um membro repercute em toda a estrutura, ou seja, estabelece uma relação de recursividade, sendo o membro familiar tanto influenciado como fator de influência do sistema.

A ausência de um estilo de vida que favoreça uma incorporação de padrões saudáveis de convivência, a presença de atitudes negativas na família que reforçam uma atitude adicta, dificulta a recuperação do usuário (TEARE; FRUST; AUTHIER, 1992). As expectativas dos familiares são superficiais já que própria família necessita receber atenção especializada para se confrontar com uma reabilitação e possíveis recaídas ou com a sobriedade em uma família em que alguns membros fazem uso socialmente de álcool (LARANJEIRAS, 2004).

A desesperança dos usuários de substâncias psicoativas, objeto de investigação neste estudo, é considerada como o nexo causal entre depressão e suicídio (CUNHA, 2001; MINKOFF, BERGMAN, BECK & BECK, 1973) e pode funcionar como um desencadeante de alguns comportamentos e transtornos psíquicos. Segundo Stotland (1969), as pessoas desesperançadas acreditam: 1) que nada sairá bem para elas; 2) que

nunca terão sucesso no que tentarem fazer; 3) que suas metas importantes jamais poderão ser alcançadas; e 4) que seus piores problemas nunca serão solucionados (BECK, 2001).

Tendo em vista a relevância do tema, o presente estudo se propôs verificar o grau de desesperança do membro dependente de substâncias psicoativas e sua estrutura familiar e a possível interferência desses na sua recuperação.

1.4. Revisão da Literatura

Desesperança e dependência química

No ano de 1969 foi a primeira vez que o tema desesperança foi tratado, onde afirmou-se que uma pessoa que não tenha esperança no futuro tende a acreditar que nada de bom lhe acontecerá, não obterá êxito em nada que faça, que suas metas não serão atingidas e que não há como resolver os seus problemas (STOTLAND 1969, citado por MINKOFF, BERGMAN, BECK & BECK, 1973). Assim a desesperança que até então era um conceito impreciso e vago foi definido posteriormente como um conjunto de esquemas cognitivos em que as expectativas negativas criadas sobre o futuro prevalecem, assim possibilitando seu estudo de forma sistematizada.

Beck (1963, citado por MINKOFF, BERGMAN, BECK e BECK, 1973) observou ao estudar 50 pacientes deprimidos que os pensamentos suicidas ocorriam quando os indivíduos percebiam o problema ou a situação que estavam vivenciando como insustentável ou impossível de resolver. Após um período de acompanhamento dos mesmos pacientes, Beck constatou que eles já podiam perceber sua antiga falta de esperança como uma impressão errônea e irreal das possibilidades (distorção cognitiva).

Resultados semelhantes associados à falta de esperança como fator envolvido na ocorrência de suicídio foram encontrados em outros estudos (FARBER, 1968; KOBLER & STOTLAND, 1964; citado por MINKOFF, BERGMAN, BECK e BECK, 1973).

A teoria da desesperança da depressão concebida por Abramson et al (1987, 1988a, 1988b, citado por ALLOY, ABRAMSON, METALSKY, HARTLAGE, 1988), tal teoria postulava que a desesperança com causa de um subtipo de depressão, “uma depressão desesperançada”, incluindo o comportamento suicida como sintoma. Beck, Steer, Kovacs e Garisson (1985), encontraram resultados que sugeriram que a desesperança é uma variável útil para avaliar o risco de suicídio, uma vez que a desesperança teria valor preditivo para futuro suicídios em indivíduos com ideação.

Dixon, Heppner, Anderson (1991), realizaram estudos para verificar a relação entre desesperança e a resolução de problemas. Os resultados sugeriram que o alto nível de estresse e a incapacidade de resolver problemas foram associados a alto grau de desesperança e que a dificuldade adaptativa às exigências da vida refletidas na desesperança, não foi só consequência das próprias contingências da vida e dos eventos negativos, mas também da percepção que os adolescentes têm sobre sua capacidade de resolução que se observa na resposta frente aos eventos negativos da vida. Tais observações valorizam a capacidade de resiliência como importante recurso para lidar com a desesperança.

Stewart & Kennardatal (2005) realizaram estudos em adolescentes chineses e norte americanos para investigar a relação entre cognição e ideação suicida, como resultados observaram que a auto eficácia, a desesperança e os erros cognitivos se relacionaram positivamente com a ideação suicida em ambas as culturas, e a desesperança foi a variável mais fortemente correlacionada. Cole (1989), demonstrou que a desesperança e os antecedentes de comportamento suicida são preditivos a longo prazo de suicídio.

Em pesquisas focadas nos fatores preditivos de ideação suicida, verificam-se referências constantes aos transtornos mentais, especificamente depressão (BECK, RUSH, SHAW & EMERY, 1979; RUDD et al.,1993;VILHJÁLMSSON et al, 1998) como antecedentes de tentativas de suicídio (BECK,STEER,KOVACS & GARINSSON, 1985; ALEXOPOULOS et al, 1999). A dependência, o abuso de substâncias e a desesperança foram consideradas como as variáveis mais preditivas (BECK et al, 1985; O`CONNOR, AMITAGE & GRAY, 2006).

Entende-se por ideação suicida os pensamentos, fantasias e preocupações á respeito de morte, auto lesão ou morte auto infligida, incluindo desejos, atitudes e planos que o indivíduo possa ter para por fim a própria vida (KUTCHER & CHEHIL, 2007, citado por RODRIGUEZ, 2009).

Usualmente quando ocorre um episódio depressivo há presença de desesperança (BROWN & HARRIS, 1978 citados por WHIPPLE et al, 2009), no entanto a desesperança não é critério diagnóstico para depressão, visto que, uma pessoa pode apresentar sentimentos de desesperança, sem haver critérios para depressão (GREENE, 1989 citado por WHIPPLE et al, 2009).

Há fortes evidências da existência da associação entre desesperança e comportamento suicida em dependentes de álcool e dependentes de outras SPA, mesmo quando avaliados juntamente com outros fatores de risco. Níveis elevados de desesperança que frequentemente acompanha o quadro de dependência alcóolica, fazem com que estes indivíduos sejam vulneráveis á depressão e ao comportamento suicida (CONNER, MCCLOSKEY & DUBERTEIN, 2008). Em um estudo caso-controle realizado por Silva (2011) com uma amostra entre dependentes de álcool e um grupo controle concluiu que os alcoolistas apresentavam mais desesperança e depressão.

A Família

Dentre muitos conceitos que existem, a família pode ser definida como um sistema aberto e em transformação constante pela troca de informações com os sistemas extrafamiliares (FERREIRA FILHA, 2012). As ações de cada um de seus membros são orientadas pelas características intrínsecas ao próprio sistema familiar, mas podem mudar diante das necessidades e das preocupações externas (OSÓRIO & DO VALLE, 2002).

Segundo Osório & Do Valle (2002) a configuração familiar que surge se depara com novos elementos a serem incorporados e elaborados como, por exemplo, as separações conjugais cada vez mais frequentes e que dão origem às chamadas “famílias reconstruídas” e que Engels (2000), essa situação não é nova na história da família, pois antes o matrimônio já possuía laços frágeis podendo ser dissolvidos por um membro ou pelo outro.

O que é novo é a forma como as famílias vêm se organizando nas suas relações, na sua dinâmica e na nova forma de conviver. Todas estas transformações significativas pelas quais a família passou e vem passando no decorrer do tempo, apresentam características e dinâmicas, que se alternam conforme as diferentes culturas e fase do ciclo vital familiar (RODRIGUES, AMESTOY & BRAZIL, 2013).

O uso de substâncias psicoativas normalmente começa na adolescência, podendo surgir como consequência das mudanças inerentes nesta fase, na qual o jovem está experimentando novas posturas e condutas, abandonando um comportamento infantil e constituindo uma outra necessidade, está querendo se auto afirmar nos grupos dos quais faz parte (DE SOUZA & CARVALHO, 2012) e começa a ter relações íntimas com outras pessoas que não integram o meio familiar.

Na adolescência existem três tempos: o primeiro é o uso do álcool e se manifesta como um fenômeno social; depois vem o uso da maconha, que é influenciado pelos pares; e em terceiro o uso de outras drogas ilegais, e que está associado mais à qualidade da relação estabelecida entre os pais e o filho do que de outros fatores (STANTON & TODD, 1985). Desta forma, supõe-se que o uso de drogas mais graves é consequência de uma disfunção familiar (SANTOS & PRATTA, 2012).

Outro aspecto evidenciado refere-se à forma de relacionamento entre o membro adicto e seus pais, que se manifesta de forma normal na adolescência, uma vez que o jovem ainda não tem condições de se manter sozinho (PRATTA, 2008). Mesmo que o adicto não resida mais com os pais, e que aparentemente demonstre ser independente, existe ainda uma ligação e uma proximidade muito grande com estes e que pode ser vista na atitude do adicto, quando este protege seus pais e mantém contato maior com eles do que com a maioria das pessoas, seja físico ou por outros meios, explicitando que seus familiares têm mais condições de ajudá-los na reabilitação do que seus cônjuges/companheiros (PRATTA & SANTOS, 2009a).

O incentivo dos progenitores para que o filho adicto se relacione afetivamente com alguém é muito pouco, havendo sempre um incentivo – implícito ou explícito – para que a relação não dê certo e este volte para casa (PRATTA & SANTOS, 2009b). A mãe do adicto ou disputa-o explicitamente com a nora/genro ou esta os tolera, porém a mãe desencadeia atitudes com o intuito de atrapalhar a relação; ou então a mãe e a nora se unem na superproteção e no trato infantil dado ao adicto. Nas relações de afeto e união geralmente os dois são adictos (SCHOEN-FERREIRA, AZNAR-FARIAS, SILVARES, 2010).

No entanto pode acontecer de um ou nenhum sê-lo antes da relação. Se a relação se formou durante o período de abuso de drogas é provável que se dissolva após o tratamento (SCHENKER, 2010). As esposas que não são usuárias veem o tratamento de seus esposos de uma forma muito mais positiva do que as que são dependentes (SILVA, 2011). Nestas famílias, como já dito, os adictos tendem a estabelecer relações externas fortes e que em situações de conflitos buscam refúgios com um grupo de amigos de uso (CAMPOS, 2013), acreditando em uma ideia ilusória de independência, que é formada, também pela relação que estas pessoas mantêm com a subcultura do vício na qual estão inseridas. As mães dos dependentes relacionam-se com estes de forma que não há uma separação entre si, o que torna a relação simbiótica, na qual a mãe se apega ao filho desde o início da sua infância, e trata-o como se tivesse uma idade inferior a sua real faixa etária (STANTON & TODD, 1985).

A diferença cultural entre pais e filhos é outro aspecto encontrado nestas famílias. Este dado foi adquirido a partir de uma pesquisa realizada inicialmente por Vaillant (1983) com imigrantes e seus filhos adictos nascidos em culturas diferentes das de origem de seus pais. Isso porque, segundo a pesquisa, as mães podem sentir falta dos laços familiares que foram deixados para trás e para compensar esta perda acabam se

apegando ao filho e não permitindo que este amadureça e se torne independente, o que começa a acontecer na adolescência. Essa pode ser uma das explicações do início do uso de drogas na adolescência, uma vez que este uso pode ser visto como uma forma de independência e contestação e também como uma maneira de se afastar dos pais (LIMA, 2012).

Autores como Kaufman (1989) e Rezende (1997) destacam em seus estudos que o adicto é portador do sintoma da disfunção familiar e colabora para manutenção da mesma; reforça o padrão controlador dos pais, mesmo não sendo, tal prática, adequada às suas necessidades e também é comum outros membros da família apresentarem comportamentos aditivos, tais como compulsão ao jogo, à comida, ao trabalho, às drogas entre outros. Em muitos casos, o comportamento adicto cria situações para desfocar o problema de relacionamento dos pais; estabelece uma aliança com um dos pais em separado e as fronteiras geracionais (conjugal, parental e fraternal) não estão bem definidas e frequentemente existe competição entre os pais e irmãos (GALLETI et al, 2008).

Outros dados apresentados por Rezende (1997) estão relacionados com os aspectos psicológicos relacionais destas famílias considerando que os pais se reconhecem no filho, mas não o reconhecem como indivíduo e se mostram associados a componentes depressivos, paranoides ou antissocial, sendo que estes traços de personalidade se repetem nos filhos. Ainda, famílias pesquisadas pelo autor, apresentam dificuldade de diferenciação, separação e individuação, vínculos simbióticos, conflitos na comunicação e rigidez nos papéis.

Para autores como Stanton e Todd (1985), o efeito da droga provoca uma sensação similar ao apego encontrado na relação do adicto com sua mãe, numa forma de satisfação regressiva e pueril. Por outro lado, este uso também traz a angústia encontrada no processo de separação e de distanciamento desta relação. No uso de SPA o adicto também pode encontrar a sensação de poder e de realização pessoal, mesmo que momentânea, que ele não consegue sustentar dentro da família, já que esta necessita do seu fracasso para manter a sua aparente estabilidade (CHO et al, 2002).

Os adictos também se tornam mais agressivos com seus progenitores, numa tentativa de conseguir e manter uma independência, já que eles retornam à família após o uso. Assim, a família vivencia continuamente a sensação de abandono e de retorno, sendo que esta ambivalência é neutralizada pela justificativa de que o filho estava sob o efeito de drogas no momento em que se tornou agressivo. O poder supostamente

alcançado com o efeito da droga também pode ser alcançado dentro da subcultura da droga, uma vez que o adicto pode construir um lugar de respeito dentro desta, à medida que vai formando amizades e de certa maneira se afastando fisicamente de sua família. Stanton&Todd (1985, p. 32) salientam: “Porém, ele só consegue construir este lugar de êxito dentro de um ambiente de fracassados”.

Desta forma, o adicto pode ocupar um lugar dentro de sua família e outro diferente fora dela, desde que este último seja tolerado pelos pais e não entre em desacordo com o primeiro (MEDINA ARIAS & FERRIANI, 2010) A experiência clínica e mesmo a pesquisa literária comprovam esta noção, pois frequentemente a mesma família que encaminha o adicto ao tratamento resiste, de maneira consciente ou não, à sua melhora, à retomada da sua vida, ou seja, sua recuperação (GARCIA, PILLON & SANTOS, 2011).

O Genograma como instrumento de pesquisa e prática clínica

A complexidade que a família atual adquiriu, seja pelo próprio conceito atual de família, ou pela estrutura desta, reunindo inúmeros casamentos, separações, divórcios, uniões legais ou não, escolha do parceiro, e filhos biológicos e adotivos resultantes dessas organizações, constitui um verdadeiro desafio para sua representação gráfica e seleção de dados de tão diversas conjunturas.

O Genograma, também chamado de genetograma, é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família. Trata-se de um instrumento amplamente utilizado na Terapia Familiar (MCDANIEL, HEPWORTH & DOHERTY, 1994), no curso de formação de terapeutas familiares (MARCHETTI-MERCER & CLEAVER, 2000), na atenção primária à saúde (ROCHA, NASCIMENTO & LIMA, 2002)e, recentemente, sua aplicação tem sido ampliada para o campo de pesquisas sobre família (AMAZONAS, DAMASCENO, TERTO & SILVA, 2003; CASTOLDI, 2002; SOUZA, 2003).

O uso dos genogramas começou a evoluir a partir da Teoria dos Sistemas Familiares (COSTA, BARROS& MARTINS, 2009), referendando a contribuição de estudos com Famílias Alcoolistas e com membros alcoólicos e uso de drogas, numa visão sistêmica com o uso do genograma, quando estuda a herança familiar do alcoolismo entre as gerações e mostra suas particularidades (DAVEL , 2008; WENDT & CREPALDI, 2008).

Os Genogramas são baseados na suposição teórica de que o funcionamento dos membros familiares em diferentes níveis, físico, social e emocional, é interdependente, e quando uma parte do sistema familiar muda, todos são afetados (MARCHETTI-MERCER & CLEAVER, 2000). Autores como Carter e McGoldrick (2012), salientam que certos padrões familiares, em uma mesma família, são recorrentes e, por essa razão, é possível fazer determinadas predições sobre os processos futuros que a família vivenciará baseando-se na utilização do Genograma.

Tanto no aconselhamento familiar e nas sessões de psicoterapia, o Genograma é utilizado como um instrumento para engajar a família, destravar o sistema familiar, rever dificuldades familiares, verificar a composição familiar, clarificar os padrões relacionais, familiares e frequentemente após sua construção identifica a real demanda

da família por trás da queixa referida pela família. (MCGOLDRICK & GERSON, 2005; ROTTER & BUSH, 2000)

A aplicação do Genograma em saúde da família é extensa e pode ser utilizado como instrumento importante na caracterização e cadastramento dos grupos familiares nas Unidades de Saúde de Família (USF), com vistas ao trabalho de promoção à saúde da comunidade e prevenção de doenças e redução de riscos (CZERESNIA, 2003).

Cervený e Berthoud (1997, 2002) consideram como componentes da estrutura familiar as características objetivas que permitem dar configuração ao grupo familiar, tais como o número de componentes, sexo, idade, religião, moradia, nível econômico, profissão, escolaridade, tipo de casamento, tempo de casamento, quem trabalha, cor, raça, herança étnica e cultural.

As características subjetivas referentes à maneira como os membros familiares se relacionam conferem indícios da dinâmica da família; então se considera como dinâmica familiar a forma como os membros da família se relacionam, como estabelecem e mantêm vínculos, como lidam com problemas e conflitos, os rituais que cultivam, a qualidade das regras familiares, a definição de sua hierarquia e os papéis assumidos pelos membros da família (CERVENY & BERTHOUD, 2002).

Uma dificuldade frequentemente encontrada na construção dos genogramas é o que conhecemos como “Efeito Rashomon” (TANNÚS et al, 2011), quando cada membro da família relata uma versão diferente sobre o mesmo fato, e cabe ao terapeuta a função de adequá-la a um significado mais uniforme (LESCURA et al, 2012), e para minimizar tal interferência no presente estudo os genogramas foram construídos a partir de entrevistas realizada com o familiar e com o paciente. Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno (CARDIM et al, 2013). O foco é centralizado na especificidade e peculiaridade, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada (SELEGHIM et al, 2012).

Informações demográficas de funcionamentos, situações ocupacionais, nível educacional, antecedentes de alcoolismo, drogadição, desemprego, morte, doença crônica, abuso sexual, datas e fatos críticos da história familiar são imprescindíveis para a qualidade do trabalho com família (BORZINO et al, 2012). Neste aspecto, o genograma demonstrou-se adequado para utilização em estudos que englobam a dinâmica e estrutura das famílias (DUTRA et al, 2013).

1.5. Artigo de revisão

Relações familiares e dependência química

Aline Cristina da Silva Calixto^{1*}, *Murilo Duarte Costa Lima*².

Resumo – Sabe-se que a dependência de substâncias psicoativas sofre influência de fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais e os mesmos desempenham um importante papel na causa, curso e prognóstico do transtorno. A presente revisão teve como objetivo investigar as relações familiares e a dependência química. O estudo foi realizado nos bancos de dados LILACS, PUBMED e SCIELO no período de 2008 a março de 2013. Foram encontrados ao todo 177 artigos publicados nos últimos cinco anos, porém, apenas 39 foram selecionados por demonstrarem pertinência e relevância ao tema de estudo. Os resultados encontrados apontaram que vários eventos desfavoráveis no ambiente familiar, quando associados, poderiam favorecer a expressão do comportamento adicto, entre os quais, destacam-se: disfunção familiar, padrão transgeracional do uso de substâncias e violência; sugerindo que os fatores psicossociais devem ser levados em consideração no tratamento da dependência química.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Alcoolismo, Relações Familiares, dependência química

Family relationships and substance abuse

Abstract-It is known that the dependence of psychoactive substances is influenced by psychological, sociological, cultural and spiritual factors and they play an important role in the cause, course and prognosis of the disorder. This review aimed to investigate family relationships and substance abuse. The study was conducted in data bases LILACS, and SciELO, PUBMED data for the period 2008 to March 2013. All 177 articles published in the last five years have been found, however, only 39 were selected for demonstrating pertinence and relevance to the topic of study. The results indicate that several unfavorable family environment, when associated events, could favor the expression of addictive behavior, among which include: family dysfunction, transgenerational pattern of substance use and violence; suggesting that psychosocial factors should be taken into consideration in the treatment of chemical dependency.

Keywords: Related Disorders Substance, Alcoholism, Family Relations, chemical dependency

Estudo realizado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil. ¹Mestranda em Neuropsiquiatria, ³Doutor em Medicina pela Universidade de Barcelona, Coordenador do Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ).

***Aline Cristina da Silva Calixto** - Rua Professora Anunciada da Rocha Melo 25, Madalena- 50390-710 – Recife, PE, Brasil. E-mail: dra.alinecalixto@gmail.com

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Relações familiares e dependência química.

Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ define droga como qualquer substância não produzida pelo organismo, com propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, provocar alterações em seu funcionamento e desencadear dependência química². Problemas decorrentes do uso de drogas ilícitas representam uma grande preocupação para diversos países e organizações internacionais. Cerca de 200 mil mortes por abuso de drogas no ano de 2000 foram estimadas pela OMS, correspondendo a 0,4 por cento de todas as mortes no mundo naquele ano³.

Existem aproximadamente 200 milhões de pessoas usuárias de álcool e outras drogas⁴. Em recente revisão, Vijayakumar et al⁵ relataram associação significativa entre uso de drogas e suicídio. Outros fatores, como a disfunção familiar e os problemas do ciclo de vida também estão associados com transtornos psiquiátricos e os riscos de abuso de substâncias. Embora a associação entre uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais seja claro, a causalidade desta associação não está totalmente elucidada^{6,7}.

Durante a adolescência, as intensas transformações biopsicossociais podem conduzir a um desenvolvimento saudável quando família nuclear oferece uma base de sustentação para as experiências do adolescente⁷. Contudo, por vezes, a dinâmica familiar é conturbada e não contribui para acolher os conflitos dos filhos em desenvolvimento, o que pode levá-los a se engajarem em comportamentos que possam favorecer a aproximação ao das drogas⁶. Por essa razão, esse grupo etário é considerado alvo para a investigação científica, assim como para a elaboração de estratégias de intervenção e programas de prevenção ao consumo de drogas⁸.

Os achados sobre os motivos que impulsionaram os adolescentes a usarem drogas não se diferenciam dentre os estudos, bem como a questão de por quem, frequentemente, se veem pressionados para seu consumo. A curiosidade para experimentar novas sensações é o principal motivo apontado para aproximação das drogas, assim como a pressão dos amigos^{9,10}. Em outro estudo, 52% das famílias de

procedência dos adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas têm antecedentes de uso de drogas. A figura paterna é, na maioria dos casos, a que mais faz uso de substâncias (43%)¹¹.

Os estudos têm mostrado algumas variáveis relacionadas ao ambiente familiar que exercem grande influência no início e na manutenção do consumo de álcool, tabaco e maconha entre adolescentes¹². Fatores como relacionamento ruim com os pais, ter membro da família que abusa ou é dependente de alguma substância, violência doméstica, desorganização familiar, viver apenas com um dos pais, pouca comunicação entre familiares, falta de suporte e monitoramento familiar tem sido associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas nessa fase da vida¹³.

A coesão familiar, ou seja, a proximidade entre os familiares parece influenciar a dependência de drogas¹⁴. Em alguns estudos foram encontrados uma correlação entre famílias com baixo nível de coesão e jovens com envolvimento com drogas, de ambos os sexos¹³.

O universo familiar dessa população é, na maioria das vezes, apontado como sendo disfuncional¹⁶, apresentando dependência de medicamentos psicotrópicos (para alívio de dor de cabeça, insônia, ansiedade, cansaço e nervosismo), as meninas fazem maior uso que os meninos e há associação desse uso com questões familiares em ambos os sexos. Tanto as meninas quanto os meninos vivem, segundo esses autores, em uma atmosfera familiar precária, ou seja, percebem a família como negativa, sem laços estreitos, não há apoio nesse ambiente, além de não existir uma hierarquia bem definida¹⁷.

Outro tema importante são as novas configurações familiares. Em decorrência do alto índice de divórcios ou mesmo de mães que assumem sozinhas a maternidade, hoje é bastante comum a família monoparental, ou seja, aquela na qual o filho é criado somente pelo pai ou pela mãe¹⁶. Estudos relatam que as meninas parecem se adaptar melhor a esse estilo familiar que os meninos¹⁷. Contudo, os adolescentes que são criados por ambos os pais ainda estão mais protegidos da dependência de drogas que os que são criados por famílias monoparentais¹⁶.

Outra questão abordada em alguns estudos é a comunicação familiar patológica, que seria outra característica das famílias de mulheres jovens dependentes de drogas¹⁷. em seu estudo comparativo entre adolescentes dependentes e não dependentes de drogas que um ambiente familiar no qual não existe espaço para expressar sentimentos, ideias e opiniões nem possibilidade de ser ouvido ou compreendido é apontado pelos

adolescentes dependentes¹⁸ de drogas como um dos aspectos negativos da dinâmica familiar. Para esses autores, a comunicação familiar é fundamental, uma vez que funciona como um dos meios para que a relação entre pais e filhos seja satisfatória¹⁵.

Além disso, as relações familiares enfraquecidas e conflituosas e a baixa autoestima estão entre os fatores desencadeantes associados ao abuso de álcool¹². Pessoas que fazem uso abusivo de álcool ou dependentes de álcool ou drogas frequentemente experimentam transtornos graves em ambientes de seus familiares que pioram quando estes apresentam também apresentam transtornos psiquiátricos^{16,17}.

Existem relatos sobre os baixos níveis de apoio familiar como um fator de risco para o uso da substância¹⁸. Apesar de muitos estudos mostrando a ocorrência simultânea de distúrbios familiares e psiquiátricos em tóxico-dependentes, há uma escassez de estudos sobre a relação entre eles¹⁹.

Considerando o papel da família para a resistência dos jovens às adversidades, concluiu-se em estudo, que os adolescentes usuários apresentavam vários eventos desfavoráveis no ambiente familiar, que podem ter atuado como fator indutor ao uso de drogas de abuso²⁰ perda de membro familiar na infância por falecimento; doenças na família, principalmente, uso de álcool e drogas; brigas e separação dos pais; violência intrafamiliar física e psicológica; violência social e convivência do jovem com o crime²¹.

Em tratamento, cujo objetivo último é a diminuição do uso de drogas, todos esses recursos interacionais requerem reestruturação, no caso da dependência, alguns vínculos necessariamente deverão ser rompidos (como as amizades e companheiros de uso), outros fortalecidos ou reatados como os vínculos familiares, geralmente desgastados devido às complicações, ao longo do processo da dependência²² e outros, por sua vez construídos (novas amizades, novos ambientes e formas de lazer, novos laços afetivos)²³.

Métodos

Realizou-se uma revisão da literatura disponível nos principais bancos de dados da LILACS, PUBMED e SCIELO. Os artigos coletados foram publicados nos últimos cinco anos, ou seja, compreendidos no período de 2008 a Março de 2013. Para a realização da busca em bases de dados na língua portuguesa, foram utilizados os

seguintes descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Alcoolismo, Relações Familiares e Desesperança. Em bases eletrônicas de língua inglesa, foram utilizados os descritores correspondentes aos da língua portuguesa: Substance-Related Disorders, Alcoholism, Family. Foi observada diminuição significativa da quantidade de publicações quando a busca foi realizada através de descritores simultâneos, frente a isto, optou-se pela busca de descritores em pares.

A presente revisão incluiu artigos com resumos ou corpo textual disponível para visualização, publicados em inglês e português, o que possibilitou abranger artigos publicados em outros idiomas. Artigos que não possuíam resumos disponíveis nas referidas base de dados, foram desconsiderados, bem como os que não apresentavam tópicos relevantes ao objetivo da pesquisa.

Resultados

Do total da busca, foram obtidos 127 artigos, dos quais apenas 39 foram selecionados, por serem pertinentes e relevantes ao objetivo do presente artigo. A base de dados SCIELO, apresentou o maior número de artigos utilizados na presente revisão, o número de artigos, totalizou 72. A base de dados do LILACS apresentou 59 resultados, dos quais 23 eram idênticos aos encontrados No SCIELO. Os artigos encontrados no PubMed totalizaram 19.

Discussão

Os conhecimentos a cerca da etiologia da farmacodependência na adolescência e na idade adulta, têm sido ampliados nas últimas décadas, sendo focalizados sobre múltiplos e diferentes visões²⁴. Como ocorre em todas as condições crônicas, os transtornos relacionados ao abuso de substâncias constituem entidade clínica multideterminada, na qual se podem distinguir elementos biológicos, psicológicos, ambientais, familiares e socioculturais. Esses componentes, por sua vez, podem ser articulados em uma perspectiva ecossistêmica²⁵.

Embora essas associações sejam conhecidas na literatura especializada, os estudos, todavia, não avaliam se o consumo de diferentes drogas estaria associado a vários níveis de problemas familiares²⁶. Os trabalhos científicos nacionais publicados sobre o uso de drogas entre adolescentes e as associações com variáveis familiares

analisaram somente uma droga (por exemplo, álcool) ou os problemas familiares foram apresentados como mais uma variável estudada sem se aprofundar no tema²⁶.

Em conjunto com a promoção contínua do desenvolvimento positivo da juventude através das escolas e dos serviços sociais, há uma crescente consciência de que o papel dos pais e famílias tem sido negligenciado²⁷. A família é, na verdade, a configuração primária física, psicológica, social e espiritual, que alimenta crianças em membros sociais independentes da sociedade. Educação familiar, transmitida através do ensino formal e informal dos pais, é o principal meio de tal socialização²⁸.

A educação e a saúde do adolescente em família assumem vital importância, pois implicam experiências familiares positivas ou negativas, quando se consideram as suas necessidades para se afirmar como pessoa. As relações de cumplicidade e o tempo compartilhado em família provocam relação protetora e sensível²⁹ são formas de cuidar que requerem um alto nível de implicação e envolvimento entre os membros da família, especialmente a sensibilidade dos pais em relação aos exemplos.

Os modelos que os familiares adultos representam para os adolescentes são significativos para a construção das práticas saudáveis de vida³⁰. Considera-se a dinâmica pedagógica que busca o crescimento e fortalecimento pessoal o exercício necessário para cada membro familiar, por ser aquele que leva ao fortalecimento das intenções de mudanças das práticas relacionadas às drogas.

A literatura deixa bem claro que existem grandes diferenças no tratamento e na prevenção entre a população masculina e a feminina. É bem provável que, ao se abordar o assunto família com maior profundidade, essas diferenças fiquem mais evidentes³¹.

Todos os estudos parecem convergir para um consenso: famílias disfuncionais, ou seja, aquelas nas quais existe um funcionamento patológico com relação à comunicação, estabelecimento de regras e limites, e falta de afeto, costumam ser o tipo mais encontrado em adolescentes dependentes de drogas³².

Corroborando esses achados, em um estudo com 1.100 adolescentes de ambos os sexos que procurava identificar aspectos familiares relacionados ao consumo de álcool nessa população³³, encontrou insatisfação do adolescente com a família, comunicação familiar patológica na qual não existe espaço para expressar sentimentos, ideias e opiniões, falta de respeito entre os membros e falta de expressão de afeto e apoio, além de violência intrafamiliar.

Fatores de proteção, como apontado, são os atributos e características de indivíduos ou do seu ambiente (contexto familiar) como capacidade de inibir, reduzir ou

diminuir a probabilidade de uso de drogas e/ou abuso³⁴. Os principais fatores de proteção para o uso de drogas são temperamento, competência social e emocional, o envolvimento religioso, o apego familiar, baixos conflitos parentais, a comunicação entre pais e adolescentes eficaz, e união no início da idade adulta³⁵.

Fatores de proteção e de risco têm dimensões que influenciam o desenho de programas e políticas. Em países desenvolvidos, como o Reino Unido, EUA, Austrália e Canadá, cultivar recursos da família e melhorar o funcionamento da família são muitas vezes os principais ênfases em iniciativas de prevenção da droga para os jovens³⁶.

Os resultados da pesquisa indicam que a manutenção de contato terapêutico por longos períodos de tempo, com os indivíduos com problemas de álcool e outras drogas, podem promover melhores resultados a longo prazo do que o contato limitado tratamento habitual³⁷. A maioria das instalações de tratamento na América Latina seguem os princípios de tratamento padronizados recomendados pelos países mais desenvolvidos³⁸.

As perspectivas dos representantes políticos, cientistas, profissionais de saúde e usuários de drogas não são suficientes para enfrentar os desafios apresentados por problemas com drogas ilícitas³⁹. Os pontos de vista de familiares e amigos de usuários de drogas que vivem e compartilham a experiência são fundamentais para o sucesso de iniciativas preventivas, das instalações de tratamento, das leis e políticas. Sua experiência vivida e partilhada é fundamental para a compreensão do problema e para a concepção, acompanhamento e avaliação dos serviços prestados à comunidade.

Conclusão

Pesquisas sobre transtorno do uso de substâncias e padrões familiares de comportamento vêm sendo alvo de recentes investigações, entretanto ainda permanece complexo inferir as relações familiares como causa direcional ao uso de substâncias, inúmeros fatores psicossociais devem ser levados em consideração, para que desta forma possa ser possível afirmar que famílias disfuncionais favoreçam a expressão de comportamentos adictos.

Considerando o papel da família para a resistência dos jovens às adversidades, os estudos apontam que portadores do transtorno do uso de substância apresentam vários eventos desfavoráveis no ambiente familiar, que podem ter atuado como fator indutor ao uso de drogas de abuso: perda de membro familiar na infância por

falecimento; doenças na família, principalmente uso de álcool e drogas; brigas e separação dos pais; violência intrafamiliar física e psicológica; violência social e convivência do jovem com o crime. Para uma melhor compreensão deste fenômeno é fundamental é aprofundar-se nas experiências e relações estabelecidas por amigos e familiares de membros adictos.

Referências

1. World Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde: trabalhar em conjunto para a saúde. Geneva: WHO, 2006.
2. Azevedo DM, Miranda FAN. The family and substitute services in mentalhealth: a clipping of the brazilian literature in nursing. RevEnferm UFPE Online [periódico on-line]. 2009; [citado 2009 maio 04]; 3(1): 93-98.
3. Malbergier André, Cardoso Luciana Roberta Donola, Amaral Ricardo Abrantes do. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. Cad. Saúde Pública[serial onthe Internet]. 2012 Apr [cited 2013 June 01] ; 28(4): 678-688.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report: Analysis 2006 [Cited 2009 January 27].
5. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. Substance use and suicide Current Opinion in Psychiatry. 2011;24(3):197-202.
6. Alterman AI, Cacciola JS, Ivey MA, Coviello DM, Lynch KG, Dugosh KL, Habing B. Relationship of Mental Health and Illness in Substance Abuse Patients. Pers Individ Dif. 2010;49(8):880-4.
7. Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Esc Anna Nery. 2010 jan/mar; 14(1): 56-63
8. Tomori M, Zalar B, Pleniscar BK. Gender differences in psychosocial risk factors among Slovenian adolescents. Adolescence. 2009;35:431-43. [Links]Rev. psiquiatr. clín. (S.,o Paulo); 36(2): 63-68, 2009. Article em Pt | LILAC1.
9. Jinez MLJ, Souza JRM, Pillon SC. Uso de drogas y factores de riesgo entre estudiantes de enseñanza media. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(2):246-52.
10. Degenhardt L, Chiu WT, Conway K, Dierker L, Glantz M, Kalaydjian A, et al. Does the 'gateway' matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity Study Replication. PsycholMed 2009; 39:157-67

11. Galduróz JC, Sanchez ZVDM, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PLS, et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:267-73.
12. Souza, Jacqueline de et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 19, n. 1, Feb. 2011.
13. Bielemann VLM et. al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto & Contexto Enferm.* 2009 jan/mar; 18(1): 131-39.
14. Guimarães, Ana Beatriz Pedriali; Hochgraf, Patrícia Brunfentrinker ; Brasiliano, Silvia; Ingberman, Yara Kuperstein. Family aspects of alcohol and drug-dependent adolescent girls: [review] *J Adolescent Health* 2008; 38:260-7.
15. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS AD: O Ecomapa como recurso. *Rev Esc Enfermagem USP.* 2009; 43(2):373-83.
16. Griffin KW, Botwin GJ Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child Adolescent Psychiatric Clinical N Am* 2010; 19:505-26. [Links]
17. Tucci AM, Kerr-Correa F, Souza-Formigoni MLO. Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse Negl.* 2010;34(2):95-104
18. Gonzalez VM, Reynolds B, Skewes MC. Role of impulsivity in the relationship between depression and alcohol problems among emerging adult college drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2011; [Epub ahead of print.
19. Slesnick N, Prestopnik JL. Comparison of Family Therapy Outcome With Alcohol-abusing, Runaway Adolescents. *J Marital Fam Ther.* 2009;35(3):255-77
20. Brody GH, Kogan SM, Chen YF, McBride Murry V. Long-term effects of the strong African American families program on youths' conduct problems. *J Adolesc Health.* 2008;43(5):474-481. *Rev Saude Publica.* 2012 Oct;46(5):901-17.
21. Barbosa Filho VC, Campos Wd, Lopes Ada S Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2012 Oct;46(5):901-17.
22. Allen DN, Donohue B, Sutton G, Haderlie M, Lapota H. Application of a standardized assessment methodology within the context of an evidence-based treatment for substance abuse and its associated problems. *Behav Modif.* 2009 Sep;33(5):618-54.

23. Araújo Rosane Cavalcante de. Valores familiares e uso abusivo de drogas. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2013 June 02]; 14(5): 1947-1948.
24. Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Costa de Silva V, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Surveill Summ*. 2008;57(1):1-28.
25. Tobler AL, Komro KA. Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. *J Adolescent Health* 2010; 46:560-8.
26. Wagner KD, Ritt-Olson A, Chou CP, Pokhrel P, Duan L, Baezconde-Garbanati L, et al. Associations between family structure, family functioning, and substance use among Hispanic/Latino adolescents. *Psychol Addict Behav* 2010; 24:98-108.
27. Lemos, Valdir de Aquino et al. 'Low family support perception: a social marker' of substance dependence?. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 34, n. 1, Mar. 2012.
28. Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Ruan WJ, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32:2149–2160.
29. Brody GH, Kogan SM, Chen YF, McBride Murry V. Long-term effects of the strong African American families program on youths' conduct problems. *J Adolesc Health*. 2008;43(5):474–481.
30. Bernardy Catia Campaner Ferrari, Oliveira Magda Lúcia Félix de. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2010 Mar.
31. Babor T, Caulkins J, Edwards G, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K, Obot I, Rehm J, Reuter P, Room R. *Drug policy and the public good*. Oxford University Press, Oxford; 2010
32. Aragão, Antonio Teulberto Mesquita; MILAGRES, Elizabete; FIGLIE, Neliana Buzi. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *PsicoUSF, Itatiba*, v. 14, n. 1, abr. 2009 .
33. Murphy K, Sahm L, McCarthy S, Lambert S, Byrne S Substance use in young persons in Ireland, a systematic review *Addict Behav*. 2013 Aug;38(8):2392-401. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.03.016.
34. Heslin KC; Hamilton AB; Singzon TK; Smith JL; Anderson NL Alternative families in recovery: fictive kin relationships among residents of sober living homes. *Qual Health Res*; 21(4): 477-88, 2011 Apr
35. Lo TQ, Oeltmann JE, Odhiambo FO, Beynon C, Pevzner E, Cain KP, Laserson KF, Phillips-Howard PA. Alcohol use, drunkenness and tobacco smoking in rural western Kenya *Trop Med Int Health*. 2013 Apr;18(4):506-15. doi: 10.1111/tmi.12066.

35. Edwards C, Giroux D, Okamoto SK. A review of the literature on Native Hawaiian youth and drug use: implications for research and practice. *J Ethn Subst Abuse*. 2010;9(3):153-72. 45. Allen DN, Holman C. Alcohol testing. In: Fisher GL, Roget NA, editors. *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery*. Sage; Thousand Oaks, CA: 2009. pp. 56–62.
36. Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65:238–258.
37. Roehrs, Hellen; Lenardt, Maria Helena; Maftum, Mariluci Alves. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*; 12(2): 353-357, jun. 2008.
38. Silva Jaqueline da, Ventura Carla Aparecida Arena, Vargens Octavio Muniz da Costa, Loyola Cristina Maria Douat, Eslava Albarracín Daniel Gonzalo, Diaz Jorge et al . Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2009- 17(spe): 763-769.
39. Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo (Maringá)* 2007;12(2):247-56

1.6. Perguntas condutoras

O nível de desesperança do dependente de substâncias psicoativas e a estrutura familiar interferem no processo de recuperação?

Pacientes cujas famílias não acompanham seu tratamento apresentam maior nível de desesperança?

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo geral:

Verificar se a desesperança e a estrutura familiar interferem na recuperação do dependente de substâncias psicoativas.

1.7.2. Objetivos específicos:

- Avaliar o grau de desesperança do paciente adicto.
- Identificar os padrões de uso de substâncias nas três gerações da família de origem do dependente químico desesperançado.
- Identificar padrões de relacionamento e funcionamento da família que possam interferir no processo de recuperação do paciente com desesperança.
- Descrever as características biopsicossociais da população estudada.
- Verificar se os dependentes cujas famílias não acompanham seu tratamento apresentam maior grau de desesperança.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Métodos

2.1.1. Desenho do estudo:

Através do tratamento dos dados foram descritas, agrupadas e interpretadas as características encontradas na estrutura apresentada pela família que apresenta um ou mais membros adictos.

Trata-se de um estudo que utilizou a abordagem quantiqualitativa; um método que possibilitou quantificar estatisticamente os resultados obtidos nas pontuações da escala aplicada à pesquisa e, ao mesmo tempo, os fenômenos não-quantificáveis, no caso a percepção e a concepção sobre o uso do álcool e outras substâncias psicoativas, bem como a recuperação do membro adicto, puderam ser analisados através das respostas relatadas nas entrevistas relacionadas ao estudo e sendo mensurada as respostas mais prevalentes.

A referida abordagem possibilitou então, uma compreensão mais clara do tema pesquisado, facilitando a interpretação dos dados obtidos na coleta integrando dados quantitativos e qualitativos em um único estudo, permitindo que cada método ofereça o que tem de melhor e evitando as limitações de cada abordagem. (GIL, 2002)

O método de amostragem escolhido foi não probabilístico do tipo intencional, realizado no centro de referência especializado no tratamento de dependência química. A análise estatística foi realizada através do teste exato de Fisher.

2.1.2. Local do estudo:

A pesquisa foi realizada no Núcleo Especializado de Dependência Química (NEDEQ) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, situado no bairro Cidade Universitária, região metropolitana do Recife. Trata-se de um centro clínico para atendimento de usuários de álcool e outras drogas, que oferece atendimento ambulatorial individual psiquiátrico e psicológico e um grupo de assistência psicológica para os familiares destes usuários.

2.1.3. Amostra/População de Estudo:

Foram convidados a participar desta pesquisa os familiares e pacientes atendidos semanalmente no ambulatório de psiquiatria e psicologia no Núcleo Especializado em Dependência Química do Hospital das Clínicas e as demais pessoas que convivem e acompanham o tratamento do paciente na mesma instituição

2.1.4. Critérios de inclusão:

Foram elegíveis:

- Familiares dos pacientes atendidos no serviço maiores de 18 anos que demonstrarem interesse em participar voluntariamente da pesquisa
- Pacientes que possuam idade acima de 18 anos e diagnóstico de Dependência Química nos critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) para álcool e outras substâncias psicoativas em tratamento na instituição.
- Familiares dos pacientes que frequentam o grupo de apoio aos familiares do serviço que demonstram interesse em participar voluntariamente da pesquisa.

Para participação no estudo, os grupos em teste somente serão avaliados mediante o preenchimento voluntário do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.1.5. Critérios de exclusão:

Foram considerados inelegíveis:

- Os pacientes em tratamento que não aceitarem voluntariamente participar da pesquisa;
- Os familiares cujo membro se encontra em tratamento e não aceitem participar da pesquisa.

Para os objetivos desta pesquisa, foi considerado como família o grupo de pessoas que acompanha o tratamento do paciente e que apresenta ligação com este,

através de laços sanguíneos e afetivos, sendo representados por pai, mãe, filhos, irmãos, cônjuges, cunhados e companheiros.

Tendo como base a média mensal do número de atendimentos (N=10) no ambulatório, durante os dois meses da coleta de dados, estima-se um número de 30 famílias e 30 pacientes irão constituir a população a ser estudada.

2.1.6. Instrumento de coleta de dados:

2.1.6.1. Beck HopelessScale (BHS):

Construída por Aaron Beck, consiste em um questionário de auto-relato que será utilizada para mensurar o grau de desesperança do adicto em tratamento. É uma escala dicotômica que mede a dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente ao futuro (BEK; STEER, 1993).

A escala engloba 20 itens, consistindo em afirmações que o sujeito deve examinar e classificar, cada uma como certo ou errada, para descrever sua atitude na direção da desesperança na última semana, incluindo o dia da aplicação da escala. O seu escore total é resultado da soma dos itens individuais, sendo considerada desesperança mínima (0-4), leve (5-8), moderada (9-13), grave (14-20) (BECK; STEER, 1993). Em sua versão em português (CUNHA, 2001), a BHS foi testada em amostras clínicas e na população geral, demonstrando dados satisfatórios de fidedignidade e validade.

2.1.6.2. Entrevista semi-estruturada

Para viabilizar a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada construída pelo pesquisador que subsidiou a construção do genograma trigeracional com o objetivo de compreender a concepção e percepção da família á respeito do uso, abstinência e recaídas do membro adicto.

2.1.6.3. Ficha Clínica:

Foi elaborada pelo pesquisador uma ficha clínica que constava de perguntas pertinentes às características biopsicossociodemográficas, tais como: idade, gênero, status marital, uso de medicações, internamentos, naturalidade vínculo empregatício,

idade do início do uso da substância, tipo de substância, número de internamentos, maior período de abstinência, número de recaídas, percepção do apoio familiar e tentativas de suicídio.

2.1.6.4. Genograma Familiar:

Este instrumento possibilitou o mapeamento gráfico da “história e do padrão familiar”, mostrando a estrutura básica, a demografia, o “funcionamento e os relacionamentos da família”, configurando-se como um gráfico sumário dos dados coletados (MCGOLDRICK, GERSON & PETRY, 2012, p.145). As histórias contadas, através do genograma, integram o patrimônio relacional das famílias (VITALE, 2004). A utilização do genograma compreende a sua representação, construção e interpretação.

2.1.6.4.1. Representação do Genograma:

Os traçados básicos do genograma, identificados por Gerson e McGoldrick (2012), foram definidos utilizando figuras que representam as pessoas e linhas que descrevem suas relações. As primeiras referem-se a símbolos para representação de gênero (masculino e feminino), datas de nascimento e falecimento, gravidez e abortos espontâneo e provocado.

A representação é distinta para os filhos adotivos, com linhas pontilhadas, e para filhos gêmeos, cujo ponto de conexão é um só. As diversas gerações, ascendentes e descendentes, são representadas cada uma em um nível horizontal da figura, podendo-se distinguir, ao olhar, a geração dos avós, dos pais, dos netos entre outras.

A linha pontilhada em torno de alguns símbolos representa os membros da família que moram numa mesma casa e são de especial importância, no caso de famílias reconstituídas, para localizar com quem vivem os filhos.

Diante da complexidade intrínseca às relações familiares, não se pode esperar que o desenho gráfico tivesse suficientes propriedades para representá-las adequadamente. A cada família em que a entrevista foi realizada, foram eleitos aqueles elementos que são considerados relevantes para cada história específica. Desta forma, informações sobre atividades profissionais ou de estudo, eventos e outras datas importantes, bem como características específicas dos indivíduos e de seus

relacionamentos, identificadas pela família, puderam também ser anotadas no desenho do genograma.

O terceiro nível de construção do genograma refere-se ao traçado da qualidade das relações entre os membros da família. As linhas básicas referem-se a pautas vinculares que incluem relações: íntimas, muito íntimas, íntimas e conflitivas, pobres e conflitivas, distantes e rompidas.

A história médica de uma família pode fazer parte do genograma, utilizando-se para isso as categorias do CID – 10 ou abreviações reconhecíveis, quando existem (CA para Câncer; AVC para derrame). Listam-se apenas as doenças e problemas maiores ou crônicos e, quando possível ou aplicável, incluem-se as datas.

Essa expressão gráfica fornece para o pesquisador e para própria família um panorama dos complexos padrões familiares, sendo uma rica fonte de hipóteses a respeito de como pode ter originado e evoluído o contexto familiar ao longo do tempo. O paciente identificado (PI), portador da sintomatologia, deixou de ser o foco principal, passando apenas a ser um dos elos de um sistema disfuncional, que é gerador de sofrimento e doença.

Pelo menos três gerações da família puderam ser investigadas; família de origem, tanto materna, quanto paterna, e família nuclear, a do contexto atual, onde ocorre o problema. Às vezes, a família não consegue fornecer todos os dados de uma só vez, mas em um encontro subsequente complementa-se o genograma.

De modo geral, a confecção do genograma levou em conta: a estrutura e o ciclo vital da família, os padrões repetitivos através das gerações, os eventos importantes e o funcionamento da família, os padrões relacionais e as triangulações, a estabilidade e o desequilíbrio familiar. Perceber a repetição de padrões possibilitou ajudar a pessoa e sua família a evitar novas repetições, frustrando esse acontecimento disfuncional.

2.1.6.4.2. Construção do genograma:

A construção do genograma foi feita concomitantemente à entrevista. A princípio foi desenhado à mão, com auxílio de régua e caneta, como esboço e posteriormente construído através do programa Genopro, licenciado pela Genealogy Software, disponível no endereço eletrônico:

<http://www.genopro.com/>, obedecendo as seguintes orientações:

- Os nomes dos familiares e dos pacientes não foram publicados, apenas as iniciais. Foi construída uma árvore genealógica dos pacientes e das famílias de origem, na qual foram registradas informações sobre todos os membros ao longo de três gerações. Para tanto, foi solicitado que fosse dito quem são as pessoas que fazem parte da família, as idades, ocupações, eventos marcantes como: nascimento, casamento, morte, doenças, conflitos, separações, perdas ou mudanças de empregos, mudança de residência, uso de substância psicoativa, e outras informações relevantes à pesquisa. As perguntas puderam ser respondidas baseadas na compreensão da família.
- O pesquisador esteve disponível para a realização de outros encontros com as famílias, em virtude da mobilização emocional que eventualmente poderiam estar suscitando, tanto através da confecção do genograma quanto das perguntas da entrevista, bem com a preocupação de acolher a família, além do trabalho da pesquisa propriamente dita.
- Caso algum membro solicitasse atendimento com o pesquisador, este prontamente o escutou e acolheu, explicando seu papel na instituição, encaminhando para o profissional especializado da equipe de trabalho.

Categorias utilizadas na interpretação dos genogramas:

a) Estrutura familiar

Permitiu responder à questão: quem é a família? Avaliou a composição da família, em particular interessa-nos informação sobre a descendência: o número, o sexo, a ordem de nascimento, o intervalo entre os nascimentos e outros dados relevantes sobre os filhos. E avaliou também a estrutura familiar, determinando a sua tipologia.

Trata-se de uma família nuclear íntegra (o casamento com filhos biológicos), de uma família nuclear com parentes próximos (casal com filhos biológicos, mas, por exemplo, com o apoio de avó que vive perto), uma família nuclear extensa (casal filhos biológicos e avó ou empregada que vive na mesma casa), família extensa ou alargada (várias gerações na mesma casa num esforço comum e com patriarca), família binocular ou recombinada (quando um ou os dois pais se voltam a casar e podem ter filhos – os meus, os teus e os nossos ou de uma família monoparental pai ou mãe só com os filhos).

b) Composição do ambiente doméstico

- Família nuclear intacta
- Família uniparental
- Família recasada
- Família com familiares pertencentes a três gerações

c) Sistema familiar dos irmãos

- Ordem cronológica dos nascimentos
- Gênero dos irmãos
- Diferença de faixa etária entre irmãos
- Outros fatores influenciando o subsistema da prole:
 - * Concomitâncias na história familiar por ocasião do nascimento de cada membro da prole.
 - * Características do (a) filho (a)
 - * Expectativas da família para o (a) filho (a)

d) Repetição de padrão através das gerações

- Padrões de funcionamento. Frequentemente, o problema atual da família poderá ter ocorrido em gerações anteriores, a exemplo da repetição de padrões sintomáticos do tipo alcoolismo, incesto, sintomas físicos, violência e suicídio. O reconhecimento da recorrência do padrão sintomático poderá ajudar ao pesquisador a:
 - Compreensão como a família vem se adaptando ao momento atual;
 - Desenvolvimento de intervenções para reduzir as dimensões dos conflitos. Ex. prevenção ao suicídio, alcoolismo, etc.

e) Padrões de relacionamento (proximidade ou distanciamento afetivo).

Repetição de padrões referente à estrutura organizacional: mãe, filha caçula entre três irmãs, identificando-se intensamente com sua própria filha caçula de uma prole também de três filhas; ou ainda paciente proveniente de uma família com vários

casos de separação conjugal, distribuídos ao longo de diversas gerações, tendo a expectativa de que o fim do seu casamento é algo esperado (assim são criados os mitos familiares).

Nesta pesquisa de a autora optou pela análise qualitativa de dados colhidos durante a entrevista semi-estruturada e a confecção do Genograma. Para tanto, estes foram submetidos às análises gráfica e clínica, cujas definições dos padrões relacionais e símbolos foram, a priori, ancoradas na literatura (MCGOLDRICK, GERSON & PETRY, 2012, p.145) e na experiência clínica da pesquisadora e foram redefinidos, posteriormente, a partir dos dados coletados e sua representação quantitativa.

2.2. Aspectos éticos

Após aprovação do projeto de pesquisa, os procedimentos da pesquisa foram iniciados incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, pelo Comitê de ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme resolução n. 196/96 do Ministério da Saúde.

O TCLE foi apresentado aos participantes da pesquisa, fornecendo os esclarecimentos que se fizerem necessário, e, diante do consentimento, solicitamos a assinatura do termo. Durante a apresentação do TCLE, os participantes foram informados dos riscos a que poderão estar expostos e aos benefícios que receberão.

2.3. Resultados

Resultados quantitativos:

Participou deste estudo um total de 30 pacientes e 27 familiares, entretanto existiu a exclusão de 03 pacientes e seus respectivos familiares da pesquisa, sendo dois por não haver concordado que algum familiar participasse do estudo e uma família que, após ser contatada, não compareceu nas ocasiões previamente marcadas, resultando na sua eliminação.

Os resultados apresentados são referentes à aplicação das escalas a uma amostra constituída por 27 pacientes dependentes de substâncias psicoativas (SPA). Os pacientes identificados eram em sua maioria do sexo masculino (74%) predominando faixas etárias de 22-30 anos (40,7%) e 31-45 anos (40,7%). Quanto ao estado civil, a maioria referiu estar em um relacionamento marital (62,9%) – engloba casados, pessoas em união estável e relacionamentos afetivos que não necessariamente coabitem a mesma casa.

Foram considerados com desesperança pacientes que obtiveram níveis moderado e grave (N=18), na distribuição de 51,8% do sexo masculino e 14,8% do sexo feminino; e sem desesperança pacientes que apresentaram níveis leve e mínimo (N=9) na Beck Hopeless Scale (BHS), na proporção de 22,2% de homens e 11,2% de mulheres da amostra.

Mais da metade dos entrevistados possui tempo de estudo maior ou igual a 08 anos de escolaridade (51,8%). Quanto à ocupação, a maioria referiu ser autônomo (59,2%). Quanto ao grau de desesperança, objeto desse estudo, foram considerados sem desesperança os pacientes que obtiveram na escala BHS níveis leve e mínimo totalizando N=9. Os pacientes que obtiveram níveis moderado e grave foram considerados com desesperança N=18. Devido à predominância masculina da amostra, para efeito de cálculo não foi feita distinção entre homens e mulheres. O diagnóstico de todos os pacientes entrevistados era de dependência química (F19.2) segundo critérios da CID-10. Os dados relatados podem ser observados na tabela 1 e no gráfico 1.

Tabela 1: Distribuição dos dados sócio demográficos dos pacientes atendidos no NEDEQ no período de maio a agosto de 2013.

	Com desesperança	Sem desesperança
Pacientes	N=18	N=9
Gênero		
Masculino	14 (51,8%)	06 (22,2%)
Feminino	04 (14,8%)	03 (11,1%)
Relação marital		
Com relação	11 (40,7%)	06 (22,2%)
Sem relação	07 (25,9%)	03 (11,1%)
Ocupação		
Autônomo	08 (29,6%)	08 (29,6%)
Assalariado	04 (14,8%)	04 (14,8%)
Desempregado	06 (22,2%)	01 (3,7%)
Escolaridade		
Até 08 anos	11 (40,7%)	01 (3,7%)
Acima de 8 anos	07 (25,9%)	07 (25,9%)
Faixa etária		
18 a 21 anos	00	01 (3,7%)
22 a 30 anos	07 (25,9%)	04 (14,8%)
31 a 45 anos	09 (33,3%)	02 (7,4%)
Acima de 45 anos	02 (7,4%)	02 (7,4%)

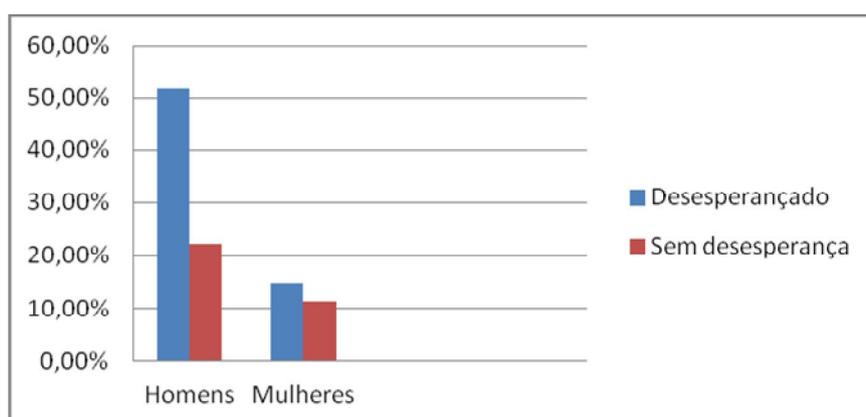


Gráfico1: Relação percentual entre homens e mulheres entrevistados

Em relação à faixa etária de pacientes maiores de 45 anos de idade não houve diferença entre pacientes desesperançados e sem desesperança, pois ambas tiveram significância ($P=0,0129$). Na faixa etária entre 22-30 anos houve significância para presença de desesperança ($P=0,0045$), demonstrado na tabela 2.

Tabela 2: Prevalência da a faixa etáriados participantes do estudo

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
18-21	0	----	1	3,7%	*0,0357
22-30	7	25,9%	4	14,8%	*0,0045
31-45	9	33,3%	2	7,4%	0,0782
>45	2	7,4%	2	7,4%	*0,0129

* $P < 0,05$ pelo teste de Fischer

Quanto à evolução dos pacientes, a maioria se encontrava em tratamento ambulatorial na instituição entre 1-6 meses (40,7%), sendo significativa a associação com desesperança nesse período, porém foi mais significativa a ausência de desesperança em pacientes que estavam há mais de 6 meses em tratamento, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Prevalência do tempo de tratamento dos pacientes no NEDEQ

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
< 1 Mês	9	33,3%	1	3,7%	0.2703
1 a 6 meses	6	22,2%	5	18,5%	*0.0009
Mais de 6 meses	3	11,1%	4	14,8%	*0.0008

* $P < 0,05$ pelo teste de Fischer

Quanto ao tipo de substância utilizada, ficou demonstrado na tabela 4 que mais da metade dos entrevistados eram usuários de substâncias estimulantes N=15 (55,5%) e houve associação com desesperança, porém foi mais significativa a presença de desesperança dos usuários de álcool.

Tabela 4: Relação entre os tipos de substância utilizada pelos pacientes

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
Depressoras (álcool)	8	29,6%	3	11,2%	*0,0007
Estimulantes (Cocaína e crack/anfetamina)	9	33,3%	6	22,2%	*0,0010
Perturbadoras (Maconha)	1	3,7%	0	----	-----

*P< 0,05 pelo teste de Fischer

Em relação ao período de abstinência a maioria dos entrevistados referiu ter ficado abstinente por um período de 1-6 meses (48,1%) e nesse grupo a desesperança teve maior significância (P= 0,0004), nos usuários em abstinência por mais de 06 meses houve menor significância (P=0,0202) conforme a tabela 5.

Tabela 5: Período máximo de abstinência durante o tratamento no NEDEQ

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
Nunca	8	29,6%	1	3,7%	0,2500
1 a 6 meses	7	25,9%	6	22,2%	*0,0004
Mais de 6 meses	3	11,1%	2	7,4%	*0,0202

*P< 0,05 pelo teste de Fischer

Quanto ao histórico de internamentos: 40,7% dos usuários tinham sido internados pelo uma vez (N=11) e apresentaram desesperança significativa (P=0,0196). Os pacientes que nunca foram internados, porém, apresentaram maior significância para ausência de desesperança (P=0,0001). Os dados podem ser conferidos na tabela 6.

Tabela 6: Relação da quantidade de internamentos para desintoxicação

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
Nunca	1	3,7%	4	14,8%	*0,0001
1 vez	8	29,6%	3	11,1%	*0,0196
2-4 vezes	7	25,6%	2	7,4%	0,0571
>4 vezes	2	7,4%	0	-	-

Os dados apresentados na tabela 7 revelam que não houve significância entre a idade do início do uso de substâncias e a desesperança, porém é importante resaltar que a maioria dos entrevistados que iniciaram o uso antes dos 18 anos (83,2%) apresentaram desesperança na idade adulta. A exposição precoce de um cérebro imaturo às SPA's poderia provocar prejuízo neuroquímico, sobretudo nos neurotransmissores moduladores do humor e do comportamento.

Tabela 7: Prevalência da idade de início do uso de substâncias psicoativas

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
<14anos	5	27,7%	-	-	0,2876
14 a 18anos	10	55,5%	7	38,5%	0,7495
>18anos	3	16,6%	2	7,4%	1,0000

*P< 0,05 pelo teste de Fischer

Em relação às tentativas de suicídio usuários sem desesperança apresentaram menos tentativas de suicídio ($P<0.0001$) quando comparados aos usuários que apresentavam desesperança $N=13$ (48,1%) conforme a tabela 8.

Tabela 8: Comparativo entre as tentativas de suicídio e a presença de desesperança

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
Sim	13	48,1%	2	7,4%	0,1220
Não	5	18,5%	7	25,9%	*< 0,0001

*P< 0,05 pelo teste de Fischer

Em relação ao tratamento farmacológico, foi mais significativa a associação entre pacientes sem desesperança e o uso de antidepressivos ($P= 0,0002$) do que pacientes sem desesperança que faziam uso de ansiolíticos ($P=0,0086$) conforme dados apresentados na tabela 9.

Tabela 9: Principais medicações utilizadas pelos participantes da pesquisa

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
Antidepressivos	5	18,5%	6	22,2%	*0,0002
Ansiolíticos	5	18,5%	3	11,1%	*0,0086
Estabilizadores de humor	6	22,2%	0	-	-
Antipsicóticos	2	7,4%	0	-	-

*P< 0,05 pelo teste de Fischer

Em relação ao estado civil, houve significância para desesperança tanto para os usuários que apresentavam relação marital quanto aqueles sem relação marital (incluindo viúvos, separados, divorciados), porém ainda foi mais significativa para aqueles usuários que se encontravam em um relacionamento marital (P=0,0018) conforme a tabela 10.

Tabela 10: Comparativo entre a relação Marital a presença de desesperança

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
Sim	11	40,7%	6	22,2%	*0,0018
Não	7	25,9%	3	11,1%	*0,0154

*P< 0,05 pelo teste de Fischer

Em relação à percepção do usuário quanto à participação da família no tratamento, os pacientes com desesperança afirmaram que a família participa do seu tratamento N=13 (48,1%) com significância (P=0,0002) conforme a tabela 11.

Tabela 11: Comparativo entre a percepção do usuário sobre a participação da família e a presença de desesperança

	Com desesperança		Sem desesperança		Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ	
Sim	13	48,1%	9	33,3%	*0,0002
Não	5	18,5%	0	----	----

*P< 0,05 pelo teste de Fischer

Resultados qualitativos:

Genogramas

Foram construídos um total de 27 genogramas das famílias dos entrevistados, porém para esta pesquisa que objetiva o estudo da desesperança, foram descritos e interpretados apenas aqueles referentes aos usuários que apresentaram desesperança totalizando N=18.

Os genogramas foram interpretados quanto aos padrões de relacionamento estabelecidos entre o dependente químico e os membros da sua família nuclear, histórico de uso de SPA, tabagismo, abuso de álcool ou envolvimento com jogos de azar e outros padrões de funcionamento ao longo das três gerações identificáveis seguindo as orientações de construção de genogramas de Mc Golderick (2012).

Em relação aos padrões de inter-relacionamentos estabelecidos a maioria dos dependentes 72% referiram manter um relacionamento de amor com pelo menos uma das pessoas do seu núcleo familiar (N=13), porém 55% referiram ter uma relação de distanciamento afetivo (N=10) e 44% afirmaram ter uma relação de conflitos com pelo menos um familiar do seu núcleo, superproteção foi referido por 38,8%(N=7).

Foram verificados como padrões de funcionamento de uso de substâncias ao longo das três gerações: dependência alcoólica 27,7% (famílias E, H, S, W), abuso de álcool 33,3% (famílias A, E, B, H, G, P), uso de outras SPA 11,1% (B, S T) tabagismo 16,6% (E, C, I, L) e envolvimento com jogos de azar 11,1% (B, P,W). Em 11,1% das famílias (C,V,Y), não foram encontrados padrão de uso de SPA transgeracional. Os padrões de funcionamento separação nas famílias abandono pelos os pais,

migração, interrupção dos estudos 27,7% (N=5) e transtornos mentais foram os mais prevalentes ao longo das três gerações das famílias de origem materna, paterna e subsistema conjugal 27,7% (N=5).

Os quadros 1 e 2 resumem os achados dos genogramas construídos. Todas as famílias que foram representadas com configuração monoparental 16,6% (N=3) eram formadas somente pela figura materna como sendo a responsável pelo sustento e educação.

Quadro 1: Padrões de relacionamento familiar dos pacientes com desesperança

(N=18)		
	N	FREQ.%
Amor	13	72%
Distanciamento afetivo	10	55%
Conflitos	08	44%
Superproteção	07	38,8%
Desconfiança	06	33,3%
Controle	06	33,3%
Proximidade afetiva	05	27,7%
Permissividade	04	22,2%
Cuidado	04	22,2%
Reaproximação afetiva	04	22,2%
Raiva	03	16,6%
Ciúme	03	16,6%
Desprezo	02	11,1%
Proteção	02	11,1%
Competitividade	01	5,5%
Discriminação	01	5,5%
Manipulação	01	5,5%
Submissão	01	5,5%

Quadro 2: Padrões de funcionamento familiar de pacientes com desesperança

(N=18)		
Comportamentos repetitivos ao longo das gerações	N	FREQ. %
Abuso de álcool	05	27,7%
Dependência de álcool	04	22,2%
Tabagismo	03	16,6%
Uso de outras SPA	02	11,1%
Outros padrões de funcionamento familiar	N	FREQ. %
Separação	05	27,7%
Migração	05	27,7%
Abandono por um dos pais	05	27,7%
Interrupção dos estudos	05	27,7%
Transtorno mental	05	27,7%
Violência	03	16,6%
Família monoparental (apenas um dos pais)	03	16,6%
Violência doméstica	03	16,6%
Negligência	03	16,6%
Adoção	02	11,1%
Envolvimento com jogos de azar	02	11,1%
Homossexualidade	02	11,1%
Envolvimento com a justiça	02	11,1%
Perda parental precoce	01	5,5%
Suicídio	01	5,5%
Abuso sexual	01	5,5%
Compulsão alimentar	01	5,5%
Obesidade	01	5,5%
Abortamento espontâneo	01	5,5%
Ruptura de relacionamento afetivo	01	5,5%

2.4. Discussão

Quanto às características biopsicossociais da população estudada:

A maioria da amostra foi constituída pelo sexo masculino (74%), com idade na faixa etária entre 22-30 anos e 31-40 anos (40,7%) em relacionamento marital (62,9%), com oito ou mais anos de escolaridade e profissionalmente autônomo (59,2%). O gênero é variável sócio demográfica frequentemente associada ao uso de álcool e drogas entre adolescentes e em geral, o consumo tende a ser mais frequente entre os meninos, mas a diferença vem diminuindo nos últimos anos (FERIGOLO, STEIN, FUCHS & BARROS, 2009). É perceptível que o uso de álcool, tabaco e outras drogas esteja cada vez mais deixando de ser um comportamento essencialmente masculino em vários países, inclusive no Brasil (PRATTA & SANTOS, 2007). Em outro estudo a faixa etária dos sujeitos também variou entre 23 e 45 anos, idade considerada produtiva, pois são indivíduos nessa idade responsáveis pela maior força de trabalho de nosso país (AZEVEDO & MIRANDA, 2010).

Por outro lado, pelo uso de drogas, com frequência, os dependentes perdem seus empregos, são destituídos de funções sociais e familiares, caracterizando perda social por restringir as atividades podendo o adicto se sentir incapaz perante a si mesmo e a sociedade (PRATTA & SANTOS, 2009; ROEHRS, LENARDT & MAFTUM, 2008). Pode-se supor que o baixo grau de escolaridade junto com a falta de qualificação profissional seriam fatores de risco para o abuso de drogas (SILVA & SANTOS, 2013).

Quanto à desesperança da população estudada:

A desesperança foi constatada em 66,6% pacientes estudados, e foi associada a faixa etária de 22-30 anos, dependentes de álcool (29,6%) mais de 6 meses de abstinência (25,9%) e pelo menos um internamento (29,6%) e relação marital (40,7%). A ausência de desesperança, por sua vez, esteve associada a um número menor de tentativa de suicídio (25,9%) e maior uso de antidepressivos (22,2%).

Dentre indivíduos que buscam tratamento para uso de cocaína (em geral) existe grande contingente de dependentes ou abusadores de álcool (FALCK, WANG & CARLSON, 2007; GUINDALINI, VALLADA, BREEN & LARANJEIRA, 2006;

PENNINGS, LECCESE & WOLFF, 2002). As proporções entre cocaína e álcool e crack e álcool podem diferir bastante: no primeiro caso, o uso do álcool, em geral, tende a reforçar os efeitos positivos da cocaína, sendo ambas as substâncias administradas em maior quantidade; já no caso do crack, o uso de álcool é realizado posteriormente, buscando diminuir a sensação de secura da boca e intensidade e/ou amenizar efeitos indesejáveis. Além disso, o uso do álcool tende a diminuir, nesse estágio final, as dosagens de crack utilizadas (GOSSOP, MANNING & RIDGE, 2006).

Os achados deste estudo corroboram com outras pesquisas que verificaram elevados graus de desesperança em quadros de dependência alcoólica (CONNER, MC CLOSKEY & DUBERTEIN, 2008). Em um estudo de caso-controle realizado por SILVA et al (2009), comparando o grupo controle com o de dependente de álcool, os alcoolistas apresentaram maiores níveis de desesperança e depressão.

Maiores níveis de desesperança foram encontrados em adultos jovens entre 22-30 anos, no entanto acima de 45 anos não houve diferença entre desesperançados e sem desesperança. Tal achado não é verificado no estudo de Devos-comby (2008), em que consideram que o avanço da idade ocorre desgaste físico, mental e social que podem conduzir ao sentimento de desamparo e aumentar os níveis de desesperança. No entanto, Golden et al (2009), referem que para algumas pessoas tais mudanças podem ser vivenciadas com uma postura mais ativa e conseqüentemente mais positiva, contribuindo para diminuir os níveis de desesperança o que poderia em parte explicar a não diferença da desesperança na faixa etária em maiores de 45 anos.

Em um estudo longitudinal iniciado em 1987 com jovens moradores do subúrbio americano concluiu que o uso de drogas, o risco de prisão e o baixo desempenho escolar propiciam estados de ansiedade e desamparo, contribuindo o surgimento de depressão e desesperança (THEODORE et al, 2009). Alguns autores consideram a desesperança como nexos causal entre depressão e suicídio (CUNHA et al, 2010; MINKOFF, BERGMAN, BECK & BECK, 1973).

Dependentes de álcool, em um estudo descritivo realizado em 2008, foram avaliados quanto ao grau de desesperança, depressão e ideação suicida, foi concluído que a maioria apresentou depressão, 35% apresentaram desesperança e 30% dos dependentes haviam tentado suicídio. A desesperança deve ser considerada fator preditivo de suicídio assim como os transtornos afetivos, ideação suicida severa, antecedentes pessoais e familiares de tentativas de suicídio, histórico de abuso de SPA e

aspectos demográficos relevantes como gênero, idade e raça (BECK, KOVACS & WEISSMAN, 2008).

Um indivíduo torna-se muito vulnerável ao perceber-se derrotado, com probabilidade mínima de escapar de um acontecimento ou situação, contudo a tentativa de suicídio ocorre quando não se tem disponível apoio familiar ou social e acaba por acreditar que no futuro nada poderá mudar (CUNHA et al, 2010). O baixo grau de escolaridade com o encontrado nesse estudo (40,7%) e a baixa renda familiar foram considerados potencialmente fatores de risco para depressão (KASSOUF & SANTOS, 2009).

No presente estudo constatou-se a maioria dos pacientes que usavam medicação antidepressiva (22,2%) não apresentaram desesperança. As alterações sociais e culturais contemporâneas e a ausência de suporte familiar assim como alterações neuropsicológicas estão inseridas no contexto do transtorno depressivo (BIJTTEBIER et al, 2009), que têm na neurogênese a hipótese de que o estresse diminuiria a multiplicação dos neurônios hipocâmpais o que constituiria um dos fatores etiológicos da depressão e déficit cognitivo (LIMA et al ,2011).

O exercício físico e os tratamentos farmacológicos com o uso de antidepressivos, sobretudo os (Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina.(ISRS) tem mostrado uma possível ação indireta sobre a quantidade de ingestão de álcool, além de agir diretamente nos sintomas da depressão, comum nos alcoolistas e considerado fator preditivo de sucessivas recaídas e mau prognóstico(PINHEIRO, PICANCO & BARBEITO, 2011).

Identificação do padrão transgeracional do uso de substâncias:

Foi constatado uso de substâncias através das três gerações do paciente identificado, sendo dependência de álcool encontrada em 05 famílias, abuso de álcool em 04 famílias, uso de SPA em 02 famílias, tabagismo em 03 famílias, envolvimento com jogos de azar 03 famílias. Em estudo realizado com jovens e adolescentes na Nicarágua em relação ao uso de substâncias no núcleo familiar, 52% das famílias, das quais os adolescentes procediam, apresentavam antecedentes de uso, sendo o pai o membro que normalmente utiliza (42%)(GARCIA, PILLON, & SANTOS, 2011).

Um estudo realizado na periferia da cidade de São Paulo com crianças e adolescentes filhos dependentes químicos confirmou a predisposição à dependência

química em crianças ou jovens que convivem com alguém que utiliza de maneira abusiva algum tipo de substância psicoativa, tornando-se este um fator de risco para o início da prática abusiva (OLIVEIRA & NAPPO, 2008). A ausência dos cuidados paternos acaba por promover agressividade e comportamento antissocial nas crianças, aumentando o risco de desenvolver alcoolismo nos descendentes associado ao risco de transtorno de personalidade (GUIMARÃES & PAES, 2011).

O uso de álcool e tabaco esteve associado a prejuízos familiares significativos, semelhantes aos associados ao uso de drogas ilícitas, ou seja, o consumo das duas drogas lícitas mais comuns parece ser mais grave do que o consumo de uma delas isoladamente (GUIMARÃES & PAES, 2011). A respeito de iniciação com a droga, em outro estudo 71% (n=21) dos dependentes químicos afirmaram que foi no meio familiar com o uso de álcool e tabaco e, em 30% (n=9) dos casos, foi por meio de amigos. Verificou-se também que 70% (n=21) dos dependentes possuem na família um outro dependente químico (JANSEN et al, 2011).

Observa-se na família um aspecto paradoxal se considerarmos que a família assume papel importante no tratamento da dependência química e, em conjunto com o dependente químico, deveria participar do processo de tratamento, prevenção da recaída, enfim, da luta contra o vício. Entretanto, é justamente no ambiente familiar que ocorre o maior índice de iniciação ao uso da droga (JANSEN et al, 2011). É importante ressaltar que na clínica assistencial ao dependente químico, indivíduos que mantêm vínculo familiar no momento e durante a internação têm um maior aproveitamento do tratamento do que aqueles que não possuem família; isso é constatado na manutenção do tratamento da dependência química (CUNHA et al, 2010).

Em pesquisa realizada em 2010 em pacientes internados, 71% dos participantes afirmaram que em sua infância existia um dependente químico na família ou muito próximo dele. O número de drogaditos que possuem algum familiar dependente químico é superior àqueles que não têm histórico familiar de uso de drogas (SILVA et al, 2010). Considera-se fator de risco para dependência química uma criança ou jovem que convive com alguém que utiliza de maneira abusiva algum tipo de substância psicoativa (SILVA et al, 2010). É importante lembrar que o filho, ao ver o pai utilizar álcool ou tabaco, torna-se um sujeito com elevadas possibilidades de repetir esse ato durante toda sua vida (CUNHA et al, 2010).

Filhos de dependentes químicos ou aqueles que convivem próximo ao dependente apresentam risco aumentado para outros transtornos psiquiátricos,

desenvolvimento de problemas físico e emocionais e dificuldades escolares. Esses apresentam um risco aumentado para o consumo de substâncias psicoativas, quando comparados com filhos de não dependentes químicos, sendo que filhos de alcoolistas têm um risco aumentado em quatro vezes para o desenvolvimento do alcoolismo (SILVA et al, 2009). Tal associação merece atenção, já que há uma tendência em acreditar que o uso de álcool e tabaco é um comportamento esperado entre jovens e adolescentes. Essa percepção parece estar associada ao fato de serem drogas lícitas e à alta prevalência do uso em nossa sociedade e à expectativa que adolescentes contestem regras e limites (GARCIA, PILLON & SANTOS, 2011).

A capacidade dos membros familiares adultos de questionarem os seus próprios costumes os estimula a aquisição de novas identidades e aculturação de práticas que são trazidas como padrões ideais, consideradas como bons exemplos ao familiar adolescente (BIJTTEBIER et al, 2009). Hábitos adquiridos nesta fase da vida tendem a ser fixados na vida adulta, além de aumentarem a vulnerabilidade destes jovens para diversas situações de risco, em especial o de envolvimento com situações de acidentes e violências (LIMA et al, 2011; PINHEIRO, PICANCO & BARBEITO, 2011):

Quanto aos valores familiares, há um consenso a respeito de regras e conceitos construídos no seio da família, elaborados pelos adultos, que, paradoxalmente, nem sempre vivenciam ou praticam própria normatização estabelecida. É relevante o questionamento a respeito das possibilidades que as famílias têm ou não de rever de forma conjunta às suas próprias regras (GARCIA, PILLON & SANTOS, 2011). Em estudo realizado na Colômbia considerou fatores de risco também o consumo de drogas lícitas como o cigarro e álcool, e, em baixa porcentagem, de drogas ilícitas (MEDINA, ECHEBURÚA & AIZPIRI, 2010). Observou-se que o uso de drogas por pais, tios e primos assume uma cultura do uso de substâncias.

Estudos epidemiológicos mostram a forte associação entre jogo patológico e uso ou dependência de substâncias (SOUZA, SILVA & OLIVEIRA, 2011), principalmente entre JP e uso de álcool. De acordo com a literatura, é alta a prevalência de uso/abuso/dependência de substâncias em JP, e esse fato parece não diferir na população idosa. Já os estudos que avaliaram idosos que possuem problemas com a atividade de jogo mostram que estes apresentam mais problemas com uso de substâncias (álcool e nicotina), transtornos psiquiátricos (depressão) e de ordem sócio familiar do que os idosos não jogadores ou os que jogam recreativamente (GOMEZ-PEÑA et al, 2010).

Padrões de funcionamento familiar:

No referente ao funcionamento das famílias estudadas houve igual prevalência de: separação, migração, abandono por um dos pais, transtorno mental e interrupção dos estudos 27,7% (N=5). Um estudo transversal realizado em Fortaleza, Ceará, analisou a exposição dos adolescentes a violência, considerando como fatores o acesso a arma, o uso abusivo de álcool e/ou uso de drogas ilícitas e autoestima, e investigou a influencia de fatores sócio e econômicos, escolares e características familiares de 458 adolescentes. Ao correlacionar a exposição do adolescente a violência com as variáveis tempo de estudo em anos, absenteísmo escolar, responsável financeiro pela família ausente, pais ou responsáveis etilistas foi significativa (MOREIRA et al, 2013).

Para estimar a prevalência de auto relato de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas da população adulta de latino-americanos imigrantes, de Sevilha, foi realizado estudo transversal descritivo em amostra representativa com 190 imigrantes. Os resultados mostraram que 61,4% dos sujeitos ingeriram bebidas alcoólicas no mês anterior à coleta de dados, 13,2% dos participantes apresentaram risco para alcoolismo, 30,0% já eram fumantes, 5,3% dos entrevistados nos últimos seis meses haviam consumido drogas ilícitas. Para todas as substâncias investigadas, a prevalência do consumo foi maior em homens com idade entre 25-39anos (GONZÁLEZ-LÓPEZ et al, 2012).

Existem relatos sobre a associação entre tabagismo e depressão, pânico, esquizofrenia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), doença de Alzheimer e abuso de substâncias (SOUZA, SILVA & OLIVEIRA, 2011). O tabagismo tem íntima relação com outros transtornos psiquiátricos, especialmente com depressão, esquizofrenia, TDAH e abuso de drogas. Fumar é associado a um maior risco de crises de pânico (CALHEIROS et al, 2011).

Em um estudo experimental (VENDRUSCOLO & TAKAHASHI, 2011) os ratos espontaneamente hipertensos, além de apresentarem as principais características do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (impulsividade, hiperatividade e déficit de atenção), parecem ser mais sensíveis a psicoestimulantes, canabinoides e opióides e bebem grandes quantidades de álcool. Além disso, o tratamento repetido destes ratos com metilfenidato (droga psicoestimulante de escolha para o tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade) ou a exposição continua a ambientes lúdicos durante a adolescência resultou, respectivamente, em aumento ou diminuição no

consumo de álcool na idade adulta (THANOS et al, 2010), enfatizando que fatores ambientais podem tanto favorecer como conferir resistência à comorbidade transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e abuso e dependência de SPA.

Referente aos padrões de relacionamento familiar:

Em relação aos padrões de relacionamentos estabelecidos, a maioria dos dependentes (72%) referiu manter um relacionamento de amor com pelo menos uma das pessoas do seu núcleo familiar (N=13), porém 55% referiram ter uma relação de distanciamento afetivo (N=10) e 44% afirmou ter uma relação de conflitos com pelo menos um familiar do seu núcleo, superproteção foi referido por 38,8%(N=7) e desconfiança por 33.3% (N=6). Houve a exclusão de dois sujeitos na amostra desta pesquisa, por se manifestarem contra a participação das respectivas famílias. Tal fato lança um questionamento sobre a real participação destas famílias fragilizadas com a convivência com um membro adicto e se esta realmente sabe como ajudar nos momentos de recaídas e na manutenção a abstinência, uma vez que os pacientes que afirmaram a participação da família neste estudo foram identificados com desesperança.

Estudos que demonstram que famílias com fortes laços afetivos e pais com papéis efetivos são fundamentais para prevenir de comportamentos antissociais na adolescência (MOREIRA et al, 2013), que podem se manifestar de várias maneiras: roubos, uso de drogas, prostituição, entre outros (TAVARES, SCHEFFER & ALMEIDA, 2012). Entre as causas conhecidas do comportamento antissocial, está a dinâmica familiar em que a criança ou adolescente está inserida (CALHEIROS et al, 2011). É relevante o questionamento a respeito das possibilidades que as famílias têm ou não de rever de forma conjunta às suas próprias regras (GARCIA, PILLON & SANTOS, 2011).

Outros estudos têm mostrado algumas variáveis relacionadas ao ambiente familiar que exercem grande influência no início e na manutenção do consumo de álcool, tabaco e maconha entre adolescentes (SILVA et al, 2009). Fatores como relacionamento ruim com os pais, ter membro da família que abusa e/ou é dependente de alguma substância, violência doméstica, desorganização familiar, viver apenas com um dos pais, pouca comunicação entre familiares e falta de suporte e monitoramento familiar têm sido associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas nessa fase da vida (DEVOS-COMBY & LANGE, 2008).

Além disso, as relações familiares enfraquecidas e conflituosas e a baixa autoestima estão entre os fatores desencadeantes associados ao abuso de álcool (SILVA et al, 2009). Pessoas que fazem uso abusivo de álcool ou dependentes de álcool ou drogas frequentemente experimentam transtornos graves em ambientes de seus familiares que pioram quando estes apresentam também apresentam transtornos psiquiátricos (HEIM & ANDRADE, 2008; ALLEN & HOLMAN, 2009). Existem relatos sobre os baixos níveis de apoio familiar como um fator de risco para o uso da substância (RAUP & ADORNO, 2011). Apesar de muitos estudos mostrando a ocorrência simultânea de distúrbios familiares e psiquiátricos em toxicodependentes, há uma escassez de estudos sobre a relação entre eles (DALL'AGNOL et al, 2012).

Considerando o papel da família como base resistência dos jovens as situações adversas, concluiu-se em estudo com adolescentes usuários apresentava vários eventos desfavoráveis no ambiente familiar, que podem ter atuado como fator indutor ao uso de drogas de abuso (FILIZOLA et al, 2009), perda de membro familiar na infância por falecimento; doenças na família, principalmente uso de álcool e drogas; brigas e separação dos pais; violência intrafamiliar física e psicológica; violência social e convivência do jovem com o crime (MARANGONI & OLIVEIRA, 2013). Todos os estudos parecem convergir para um consenso: famílias disfuncionais, ou seja, aquelas nas quais existe um funcionamento patológico com relação à comunicação, estabelecimento de regras e limites, e falta de afeto, costumam ser o tipo mais encontrado em jovens dependentes de drogas (SILVA et al, 2010).

Apesar da convivência com um dependente químico afetar os envolvidos nesta relação, familiares de usuários de álcool e drogas quando estudados apresentaram um resultado satisfatório no que se refere ao nível de desesperança, porém o grupo com desesperança moderada/grave desperta preocupações e demonstra que há a necessidade de intervenção nessa população, principalmente quando associado com a presença de transtornos psiquiátricos (BRUSAMARELLO et al, 2010). A família não é a única influência para o desenvolvimento e/ou proteção do uso destas substâncias, mas exerce um papel crucial que necessita ser incentivado e estudado.

Um estudo recente acaba por identificar o efeito protetor da presença e supervisão dos pais na prevenção de comportamentos considerados prejudiciais aos jovens. Esta constatação reforça a importância de laços familiares bem estruturados na vida dos adolescentes e na prevenção do álcool, das drogas e do tabaco (LEVY et al, 2010). Entende-se que o fenômeno que envolve o consumo de drogas e álcool é

complexo, com dimensões biológica, econômicas, sociais, culturais e políticas, portanto o tratamento destas pessoas e seus familiares caminham pela atenção psicossocial (MINAYO et al, 2010).

Outro estudo desenvolvido com 25 dependentes de álcool evidenciou que os principais fatores para as recaídas foram a pressão social e a influência de amigos dependentes químicos (40%); outros fatores atribuídos foram a solidão e distanciamento da família (24%), conflitos com a parceira (16%), dependência (10%) e depressão (8%) (GUINDALINI, VALLADA, BREEN & LARANJEIRA, 2006). Em estudo realizado em Caxias do Sul que abordou contextos de abstinência e recaída de dependentes, confirmou a importância da família e seus vínculos como base para a reestruturação da vida dos dependentes, servindo como motivação pela busca da reabilitação. Isso também é observado durante a manutenção da abstinência, pois o potencial retorno ao uso de substâncias psicoativas está fortemente relacionado à falta de apoio e de acompanhamento familiar (KASSOUF & SANTOS, 2009).

A recaída é apresentada como um retorno de um sinal, sintoma ou doença após a remissão. Alguns fatores, como o ambiente em que o sujeito reside, frustrações, sentimentos de impotência perante a compulsão, sentimento de culpa e a falta de trabalho, influenciam no processo de recaída (CARVALHO, BRUSAMARELLO, GUIMARÃES, PAES & MAFTUM, 2011). Os usuários de álcool e outras drogas estão susceptíveis à recaída. Entretanto não significa que o indivíduo tenha fracassado durante seu tratamento, mas que está passando por um processo de reabilitação (MINAYO et al, 2010). Assim, no período de abstinência é importante que esse indivíduo evite situações e fatores que possam desencadear a recaída, como emoções negativas, pressão, culpa, discussões e o contato com pessoas ou locais que incitam o uso do álcool e outras drogas. Cabe ressaltar que atividades de lazer, a reinserção social e a família são aspectos imprescindíveis na prevenção dessas situações problemáticas e vulnerabilidades (ALVAREZ, GOMES, OLIVEIRA & XAVIER, 2012).

Pode-se dizer que todo dependente químico que busca a abstinência necessita modificar o círculo social de amizades com o qual compartilhava o uso de SPA, como maneira preventiva de recaídas, apesar de a prática evidenciar que esta é uma das maiores dificuldades enfrentadas por estes indivíduos (PENNING, LECCESE & WOLFF, 2002). Diante da presença da droga, o sujeito se depara muitas vezes com a incapacidade de raciocinar e reage compulsivamente na tentativa de diminuir uma tensão que lhe parece impossível controlar por outros meios. O indivíduo se sente

comandado pelo objeto e, assim, fracassa, com o desenvolvimento da dependência, se intensifica a redução de interesses do indivíduo para os assuntos que não estejam relacionados à droga, passando a se dedicar totalmente à obtenção da substância (THEODORE et al, 2009). Esse comportamento passa a ser rotina na vida do usuário que, após o tratamento, ao retornar para o convívio familiar, pode sentir-se em inatividade por não estar usando mais a substâncias

3 CONCLUSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa confirmam resultados e aspectos encontrados na literatura, de que a disfunção familiar e a desesperança assim como outros fatores envolvidos, isoladamente, são incapazes de explicar a dependência química, porém devem ser considerados relevantes no processo terapêutico. Ainda que a abstinência seja a condição desejada para o dependente químico, tão indispensável quanto ela são os tratamentos que auxiliam no desenvolvimento de habilidades do usuário para enfrentar a vida sem a droga, a busca por novas perspectivas, novas formas de relacionamento com familiares e outras pessoas que não sejam usuárias e por fim sua reinserção social.

Os dados dessa pesquisa sobre a família, desesperança e processo de recaídas, fatores fundamentais no processo de recuperação dos usuários de substâncias psicoativas, podem auxiliar profissionais de saúde em uma melhor compreensão das situações peculiares do cotidiano em que estão inseridos os dependentes químicos e no planejamento do cuidado ampliado, no contexto em que estão inseridos, e ratificou o Genograma com um recurso de valor tanto para pesquisa como útil na prática clínica. Considerando a dependência química e a família sistemas complexos, porém dinâmicos, portanto passíveis de transformações, resgatar a esperança dos usuários e seus vínculos familiares fragilizados e revertê-los em fatores de proteção constitui um desafio digno de prioridade das políticas públicas de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABRAMSON, L. Y.; METALSKY, G. I.; ALLOY, L. B. **Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression.** *Psychological review*, v. 96, n. 2, p. 358, 1989.

ALEXOPOULOS, G. S., RAUE, P., AREAN, P. **Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction.** *Am J Geriatr Psychiatry* 11: 46–52. 2003.

ALLEN, D. N., HOLMAN, C. **Alcohol testing.** In: Fisher GL, Roget NA, editors. *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery.* Sage; Thousand Oaks, CA: 2009. pp. 56–62.

AMAZONAS, M. C. L. A., DAMASCENO, P. R., TERTO, L. M. S., & SILVA, R. R. **Arranjos familiares de crianças das camadas populares.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8, 11-20. 2003.

AZEVEDO, D.M., MIRANDA, F. A. N. **Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família.** *Esc Anna Nery*. jan/mar; 14(1): 56-63. 2010.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. (1996). **Hopelessness and suicidal behavior,** In: John T. Maltzberger & Mark J. Goldberg. *Essential Papers on Suicide*, pp.331-42. New Yor. New York University Press. BEJA DIGITAL. 2008.

BECK, RUSH. SHAW, & EMERY (1979) AT Beck, AJ Rush, BF Shaw, G. Emery. **Cognitive therapy of depression,** Guilford Press, New York, 1979.

BECK, A. T., STEER, R. A., BECK, J. S., & NEWMAN, C. F. **Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression.** *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139-145. 1993.

BIJTTEBIER, P., BECK, I., CLAES, L., & VANDEREYCKEN, W. **Gray's reinforcement sensitivity theory as a framework for research on personality-
psychopathology associations**. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 421-430. 2009.

BORZINO, T. et al. **Uso do genograma na avaliação da saúde bucal**. *Perionews*, v. 6, n. 5, p. 533-538, 2012.

BRUSAMARELLO, T., MAFTUM, M., MAZZA, V. A., SILVA, A. G., SILVA, T.L., OLIVEIRA, V. C. **Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante**. *Ciênc Cuid Saúde*. Out-Dez; 9(4):766-73, 2010.

CALHEIROS, P. R. V. et al. **Sintomas de ansiedade em tabagistas no início do tratamento**. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 1, n. 1, 2011.

CAMPOS, F. C. et al. **Representações cotidianas sobre o consumo de drogas: um estudo entre jovens de Santo André, SP, Brasil [Everyday representations on drug consumption: a study among young people of Santo André, SP, Brazil]**. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 4, n. 2, p. 66-77, 2013.

CARDIM, Mariana Gomes et al. **Adolescentes como sujeitos de pesquisa: a utilização do genograma como apoio para a história de vida**. 2013.

CARTER B, MC GOLDRICK M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia de família**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.

CASTOLDI, L. **A construção da paternidade desde a gestação até o primeiro ano do bebê**. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 2002.

CERVENY, C. M. O., & BERTHOUD, C. M. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2002.

CERVENY, C. M. O., & BERTHOUD, C. M. **Família e ciclo vital: Nossa realidade em pesquisa.** São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 1997.

CHO M.J., SUH T.; SUH G.H.; CHO S.J.; LEE C.K. **Comorbid mental disorders among patients with alcohol abuse and dependence in Korea.** J Korean Med Sci 17(2): 236-241, 2002.

COLE, D. A. **Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression.** Journal of Abnormal Psychology, v. 98, n. 3, p. 248, 1989.

CONNER, K., MCCLOSKEY, M., DUBERSTEIN, P. **Psychiatric risk factors for suicide in the alcohol-dependent patient.** Psychiatric Annals. 38:742-748. 2008.

COSTA, A. M.; BARROS, D. F.; MARTINS, P. E. M. **Perspectiva histórica em Administração: panorama da literatura, limites e possibilidades** In: Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 33., 2009, São Paulo. *Anais.* São Paulo: ANPAD, 2009. 1 CD-ROM.

CUNHA, S. M., & BIZARRO, L. **Reatividade cruzada a pistas no consumo de álcool e cigarro: Revisão crítica da literatura.** Interação em Psicologia, 15, 121-128. 2011.

CUNHA, S. M. **Viés atencional para o cigarro em bebedores jovens fumantes após exposição a imagens relacionadas ao álcool.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2010.

CZERESNIA, D. **O conceito e saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In D. CZERESNIA & C. M. FREITAS (Eds.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. 2003.

DALL'AGNOL, C. M., MAGALHÃES, A. M., MANO, G. C. M., SILVA, F. P. & OLSCHOWSKY, A. **A noção de tarefa nos grupos focais.** Revista Gaúcha de Enfermagem. v.33, n.1, p. 186-190. 2012.

DAVEL, E. **Prefácio: em busca do organizacionalmente distintivo familiar.** In: GRZYBOVSKI, D.; SARAIVA, L. A.; CARRIERI, A. P. *Organizações familiares*

brasileiras: um mosaico de muitos tons. *Organizações familiares: um mosaico brasileiro. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo*, 417-424. 2008.

DE SOUZA, J.; CARVALHO, A. M. P. **Filhos Adultos de Pais Alcoolistas e seu Relacionamento na Família de Origem.** *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 3, n. 2, p. 43-51, 2012.

DEVOS-COMBY, L., LANGE, J. **Standardized measures of alcohol-related problems: A review of their use among college students.** *Psychology of Addictive Behaviors*. 22:349–361. 2008.

DIXON, W. A, HEPPNER, P. P., & ANDERSON, W. P. **Problem-Solving Appraisal, Stress, Hopelessness, and Suicide Ideation in a College Population.** *Journal of Counseling Psychology*, 38(1),51-56. 1991.

DUTRA, E. M. et al. **ATENÇÃO INTEGRAL APLICADA À FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.** *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 11, n. 1, 2013.

FALCK, R. S., WANG, J., CARLSON, R. G. **Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city.** *Addiction*. 102(9):1421-31. 2007.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. **Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária; Alcoholism in the family context: confronting strategies of the older users of community therapy.** *Rev. RENE*, v. 13, n. 1, p. 26-35, 2012.

FERIGOLO, M., STEIN, A. T., FUCHS, F. D., BARROS, H. M. **Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study.** *Rev Bras Psiquiatr.*;31(2):106-13. 2009.

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

FILIZOLA, C. L. A., DUPAS, G., FERREIRA, N. M. L. A., & PAVARINI, S. C. I. **Genograma e Ecomapa: Instrumentos para pesquisa com famílias.** In I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa [CD]. Taubaté, SP: Núcleo de Pesquisa da Família. 2004.

GALETTI, C. et al . **Jogos de azar e uso de substâncias em idosos: uma revisão da literatura.** Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 35, supl. 1, 2008 .

GARCIA, J. J., PILLON, S. C. & SANTOS, M. A.. **Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 19: 753-61. 2011.

GOLDEN, J., CONROY, R., BRUCE, I., DENIHAN, A., GREENE, E., KIRBY, M. et al. **Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly.** International Journal of Geriatric Psychiatry. 24:694–700. 2009.

GÓMEZ-PEÑA M, PENELO E, GRANERO R, FERNÁNDEZ-ARANDA F, ALVAREZ-MOYA E, SANTAMARÍA JJ, et al. **Motivation to change and pathological gambling: analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables.** Br J Clin Psychol. 2010.

GONZÁLEZ-LÓPEZ, J. R.; DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M.; DE LAS MERCEDES LOMAS-CAMPOS, M. **Prevalência do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adultos imigrantes latino-americanos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, n. 3, p. 528-535, 2012.

GOSSOP, M., MANNING, V., RIDGE, G. **Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder.** Addiction. 101(9):1292-8. 2006.

GUIMARÃES, A. N., & PAES, M. R.. **Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação.** Colombia Médica 42.2 Supl 1. 2011.

GUINDALINI, C., VALLADA, H., BREEN, G., LARANJEIRA, R. **Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group?** BMC Public Health. 6:1-7. 2006.

HECK, R. K. Z.; HOY, F.; POUTZIOURIS, P. Z.; STEIER, L. P. **Emerging paths of family entrepreneurship research.** *Journal of Small Business Management*, Oxford, v.46, n.3, p.317-330, jul. 2008.

HEIM, J., ANDRADE, A. G. **Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007.** Rev Psiquiatr Clin.; 35: 61-4. 2008.

HEWITT, P. L. et al. **Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics.** *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 28, n. 4, p. 395-406, 1998.

HORTA, R. L., HORTA, B. L., PINHEIRO, R. T. **Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco.** *J Bras Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2006 [citado 2010 Out 30]; 55(4): 268-72.

JANSEN, K. et al. **Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil.** *Cadernos de Saúde Pública* 27.3, 440-448. 2011.

KASSOUF, A. L.; SANTOS, M. J. (2009). **The History of Child Labor in Brazil.** In: Hugh D.Hindman. (Org.). *The World of Child Labor: An Historical and Regional Survey.* New York: M.E.Sharpe, Inc.

KAUFMANN, E. F. (1989). **Family therapy in substance abuse treatment (psychoactive substance use disorders – not alcoholic).** In: *Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force, American Psychiatric Association, Washington:* p. 1397-1416.

KENNARD, B.D. et al. **Cognitions and depressive symptoms among ethnic minority adolescents.** *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, v. 12, n. 3, p. 578, 2006.

LESCURA, C. et al. **A dinâmica família-empresa: uma aplicação do método historiográfico e da técnica do genograma.** 2012.

LEVY, R. B. et al. **Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3085-3097, 2010.

LIMA, H. P. et al. **Caracterización de los toxicómanos atendidos en el Centro de atención Psicosocial de alcohol y otras drogas-Estudio Documental; Caracterização de drogaditas atendidas em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas: estudo documental.** *Online braz. j. nurs.(Online)*, v. 10, n. 2, 2011.

LIMA, R. C. C. **Políticas sociais públicas e a centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas.** In: *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo.* Fiocruz, 2012. p. 171-190.

MALTA, D. C. et al. **Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares.** *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, 2013.

MARCHETTI-MERCER, M. C., & CLEAVER, G. **Genograms and family sculpting: An aid to cross-cultural understanding in the training of psychology students in South Africa.** *The Counseling Psychologist*, 28(1), 61-80. 2000.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. **Triggering factors for drug abuse in women.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013.

MCDANIEL, S. H., HEPWORTH, J., & DOHERTY, W. **Terapia familiar médica: Um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde** (D. Batista, Trad.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1994.

MEDINA ARIAS, N.; FERRIANI, M. G. C. **Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 18, n. spe, June 2010 .h3.

MEDINA, R. B., ECHEBURÚA, E., & AIZPIRI, J. **Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo.** Adicciones, 22(3), 245-252. 2010.

MINAYO, M. C. S. Organizadora. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 24ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.

MINKOFF, K., BERGMAN, E., BECK, A. T. & BECK, R. **Hopelessness, depression and attempted suicide.** American Journal of Psychiatry, 130(4), 455-459. 1973.

MOREIRA, D. P. et al. **Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 5, 2013

MOURA, M. M. D. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, Feb. 2011 .

Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200023&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 Fevereiro de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200023>.

O'CONNOR, R. C.; ARMITAGE, C. J.; GRAY, L. **The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide.** British Journal of Clinical Psychology, v. 45, n. 4, p. 465-481, 2006.

OLIVEIRA, L.G., NAPPO, S.A. **Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso.** Rev Psiquiatr Clin. ;35(6):212-8. 2008.

OSÓRIO, L. C.; DO VALLE, M. E. **Terapia de Famílias: Novas Tendências.** São Paulo: Artmed. 2002.

PENNINGS, J.M., LECCESE, A.P., WOLFF, F.A. **Effects of concurrent use of alcohol and cocaine.** *Addiction*. 97(7):773-83. 2002.

PINHEIRO, A.; PICANCO, P.; BARBEITO, J. **A realidade do consumo de drogas nas populações escolares.** *Rev Port Clin Geral*, Lisboa, v. 27, n. 4, jul.2011. Disponível em:

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000400005&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 13 fevereiro de 2014.

PRATTA, M. A. B. **Adolescentes e jovens... em ação!: aspectos psíquicos e sociais na educação do adolescente hoje.** São Paulo: Editora UNESP. 2008.

PRATTA, E. M. M., SANTOS, M. A. **Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros.** *Psicol Estudo* (Maringá); 12(2):247-56. 2007.

PRATTA, E. M. M., SANTOS, M. A. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução.** *Psicol Teoria e Pesqui.*; 25(2):203-11. S. 2009

PRATTA, E. M. M. & SANTOS, M. A. **Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio.** *Psico*, 40 (1), 32-41. 2009b.

RAUP, L. M., ADORNO RCF. **Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades.** *Rev Bras Adolescência e Conflitualidade*.(4):52-67. 2011.

REZENDE, M. M. **Curto-Circuito Familiar e Drogas: Análise de Relações Familiares e suas Implicações na Farmacodependência.** (2ª ed.). Taubaté: Cabral Editora Universitária. 1997.

ROCHA, S. M. M., NASCIMENTO, L. C., & LIMA, R. A. G. **Enfermagem Pediátrica e abordagem da família: Subsídios para o ensino de graduação.** *Revista Latino-americana de enfermagem*,10(5), 709-714. 2002.

RODRIGUES, J. C. **A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio**. Dissertação do Mestrado: Instituto de psicologia Universidade de Brasília. 2009.

RODRIGUES, P. F.; AMESTOY, S. C.; BRAZIL, C. M. **O papel da família no tratamento do alcoolismo: a visão do paciente**. Revista Contexto & Saúde, v. 6, n. 11, p. 55-62, 2013.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. **Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 12(2): 353-357, jun. 2008.

ROTTER, J. C., & BUSH, M. V. **Play and family therapy**. TheFamily Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 8(2), 172-176. 2000.

RUDD, M. D. et al. **Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications**. Suicide and Life-Threatening Behavior, v. 36, n. 3, p. 255-262, 2006.

RUDD, M. D.; JOINER, T.; RAJAD, M. H. **Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample**. Journal of abnormal psychology, v. 105, n. 4, p. 541, 1996.

SACCONI, L. A. **Grande dicionário Sacconi da língua portuguesa: comentado, crítico e enciclopédico**. São Paulo: Nova Geração; 2010.

SANTOS, M. A.; PRATTA, E. M. M. **Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem**. Tempo Psicanal., Rio de Janeiro , v. 44, n. 1, jun. 2012.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 14 fevereiro de 2014.

SCHENKER, M. **O desafio da drogadicção na sociedade contemporânea**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 618-619, 2010.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M. & SILVARES, E. F. M. **Adolescência através dos séculos**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2),227-234. 2010.

SELEGHIM, M. R. et al. **Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 4, p. 795-802, 2012.

SILVA, A. K. B. **Adolescência, uso de drogas & família: reflexões em grupo focal sobre a influência do consumo em ambiente familiar**. In: Anais Congresso Brasileiro de Psicologia e Adolescência. 2011.

SILVA, J. A. & SANTOS, R. A. **Viva sem Drogas: “Uso de Drogas na Adolescência”**. Anais da Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação (CIEGESI). Vol. 1. No. 1. 2013.

SILVA, J., VENTURA, C. A. A., VARGENS, O. M. C., LOYOLA, C. M. D., ESLAVA ALBARRACÍN, D. G., DIAZ, J. et al. **Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. - 17(spe): 763-769. 2009.

SILVA, L. H. P., et al. **Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico**. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 14.3 585-590. 2010.

SILVA, M. C. **Ansiedade e depressão de jovens em medida socioeducativa de internação no Distrito Federal**. 2011.

SOUZA, C. C., SILVA, J. G. & OLIVEIRA, M. S. **Motivation for behavior change in a sample of pathological gamblers**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 60.2: 73-79. 2011.

SOUZA, M. T. S. **Resiliência na terapia familiar: Construindo, compartilhando e ressignificando experiências**. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP. 2003.

STANTON, M. D. & TODD, T.C. (1985). **Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas**. Barcelona, Gedisa Editorial.

STEWART, S. M. et al. **Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 46, n. 4, p. 364-372, 2005.

STOTLAND, Ezra. **The psychology of hope**. San Francisco: Jossey-Bass, 1969.

TANNÚS, J. N. et al. **Genograma e Ecomapa: abordagem com adolescentes de famílias de alto risco**. *Revista de Educação Popular*, v. 10, 2011.

TAVARES, G. P.; SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R. M. M. **Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados**. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 25, n. 1, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000100011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 de fevereiro de 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000100011>.

THANOS, P. K., IVANOV, I., ROBINSON, J.K., MICHAELIDES, M., WANG, G. J., SWANSON, J. M., NEWCORN, J. H., VOLKOW, N. D. **Dissociation between spontaneously hypertensive (SHR) and Wistar-Kyoto (WKY) rats in baseline performance and methylphenidate response on measures of attention, impulsivity and hyperactivity in a Visual Stimulus Position Discrimination Task**. *Pharmacol Biochem Behav.* 94(3):374-9. 2010.

THEODORE, P., BEAUCHAINE, D. N., KLEIN, S. E., CROWELL, C. D. & GATZKE-KOPP, L. **Multifinality in the development of personality disorders: A Biology × Sex × Environment interaction model of antisocial and borderline traits**. *Development and Psychopathology*, 21, pp 735-770. 2009.

VAILLANT, G. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Trad. Bartira S.C da Cunha e José Alaor L. dos Santos. Porto Alegre: Artes Médicas. 1983.

VELOSO, L. U. P. V.; MONTEIRO, C. F. S. **A família frente ao alcoolismo: um estudo fenomenológico.** Anais do 13º CBCENF. 2011. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I15744.E8.T4298.D4AP.pdf>. Acessado em 13 Fevereiro de 2014.

VENDRUSCOLO, L. F.; TAKAHASHI, R. N. **Comorbidade entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade eo abuso e dependência de álcool e outras drogas: evidências por meio de modelos animais.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 33, n. 2, p. 203-208, 2011.

VILHJÁLMSSON, R.; SVEINBJARNARDOTTIR, E.; KRISTJANSDOTTIR, G. **Factors associated with suicide ideation in adults.** Social psychiatry and psychiatric epidemiology, v. 33, n. 3, p. 97-103, 1998

WENDT, N, C; CREPALDI, M, A. **A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

WHIPPLE, M. O. et al. **Hopelessness, Depressive Symptoms, and Carotid Atherosclerosis in Women The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Heart Study.** *Stroke*, v. 40, n. 10, p. 3166-3172, 2009

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS*

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MODELO PARA MAIORES DE 18 ANOS)**

Convido o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa: ESTUDO DA DESESPERANÇA E ESTRUTURA FAMILIAR COMO FATORES DE INTERFERÊNCIA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) (Aline Cristina da Silva Calixto, residente na rua professora Anunciada da Rocha Melo,25,ap1304, cep-50390-710,dra.alinecalixto@gmail.com para contato do pesquisadora responsável (inclusive ligações a cobrar):8130751180/8192959733 e está sob a orientação de: Prof.Dr.Murilo Duarte Costa Lima.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ◆ Esta pesquisa tem como objetivos avaliar o grau de desesperança dos pacientes atendidos no Núcleo de dependência química (NEDEQ) e sua estrutura familiar. Para isso será aplicado um questionário de desesperança de 20 sentenças que o paciente responderá sim ou não e também será aplicada uma ficha clínica que contempla dados sociais, demográficos e sobre o uso de substâncias. Para os familiares ,em outra ocasião será feita uma árvore da família dos pacientes e das famílias de origem. Ela será construída na presença dos familiares guiada por perguntas de uma entrevista que abordará a maneira com que a família lida com o uso de álcool e outras substâncias (esse procedimento será gravado em áudio). Como riscos poderão acontecer de algum paciente precisar de atendimento em virtude de reações emocionais decorrentes dos conteúdos abordados durante o preenchimento do questionário, a pesquisadora interromperá a coleta e fará a escuta e o acolhimento encaminhando a um profissional especializado do serviço. Como riscos poderá acontecer que algum familiar se emocione ao relembrar pessoas e fatos na construção da árvore familiar (genograma) o mesmo procedimento será feito.
- ◆ Como vantagens a participação na pesquisa possibilitará uma maior compreensão do papel de cada familiar no contexto da dependência química e poderá estimular tanto o paciente quanto a família a se engajarem no tratamento.
- ◆ Estima-se que a duração da aplicação dos questionários aos pacientes será de 30 minutos e a construção da árvore das famílias será de uma hora. Se necessário completar os dados da árvore um segundo momento será marcado.O participante tem a garantia expressa de ser

livre para retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo ao acompanhamento e tratamento oferecidos pelo NEDEQ.

- ◆ Não será publicado nenhum nome dos pacientes e familiares participantes apenas as iniciais, sendo respeitado o sigilo das informações coletadas.
- ◆ Todo o material coletado em áudio, as árvores construídas e os questionários respondidos durante ESTUDO DA DESESPERANÇA E ESTRUTURA FAMILIAR COMO FATORES DE INTERFERÊNCIA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO serão armazenados na sede do NEDEQ (Hospital das Clínicas da Universidade de Pernambuco, segundo andar, ambulatório de saúde mental, sala 210, por um período de 5 anos sob a responsabilidade da pesquisadora Aline Cristina da Silva Calixto.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B: ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK

BHS

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na última semana, incluindo hoje, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

desido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados (1991), a Aaron T. Beck, ação para a língua portuguesa. Direitos reservados (1993) a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

ção e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo³ Livraria e Editora Ltda, um membro da Psychological Corporation.

ANEXOS**ANEXO A: QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE KNAPP & BERTOLOTE**

Questionário sócio-demográfico de Knapp & Bertolote (1994), adaptado pela pesquisadora

NOME (INICIAIS):

1. GÊNERO: () feminino () masculino

2. Idade: () 18 anos () 19-21 anos () 22-30 anos () 31- 45 anos () mais de 45 anos

3. NATURALIDADE:

4. ESTADO CIVIL: () com relacionamento marital () sem relacionamento marital

5. PROFISSÃO:

6. ESCOLARIDADE: () nunca estudou () 1- 4anos de escolaridade () 5-8 anos de escolaridade () 9-11anos ()

7. IDADE QUE COMEÇOU A USAR DROGAS: () antes dos 14 anos () entre 14-18anos

() depois dos 18 anos

8. TIPO DE DROGAS QUE FAZ USO:

9. FREQUÊNCIA DE USO: () diário () 3 vezes por semana () só nos finais de semana

10. NÚMERO DE RECAÍDAS DESDE O INÍCIO DO TRATAMENTO NO NEDEQ:

() 1 vez () 2- 4 vezes () mais de 4 vezes

11. NÚMERO DE INTERNAMENTOS: () 1 vez () 2-4 vezes () mais de 4 vezes

12. SUA FAMÍLIA ACOMPANHA SEU TRATAMENTO? () sim () não

13. TEMPO DE TRATAMENTO NO NEDEQ: () menos de 1 mês () 1-6 meses () mais de 6 meses

14. PERÍODO MÁXIMO QUE ESTEVE EM ABSTINÊNCIA DESDE O INÍCIO DO TRATAMENTO NO NEDEQ (SEM FAZER USO DA SUBSTÂNCIA):

() menos de 1 mês () 1-6 meses () mais de 6 meses

15. JÁ TENTOU SUICÍDIO? () sim () não

16. FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA? QUAL?

ANEXO B: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Quais mudanças vocês perceberam na organização familiar após saberem do problema da dependência?
- 2) Quando a família percebeu o uso de substâncias?(quanto tempo faz a partir da data da entrevista)
- 3) Quem no entender de vocês é a pessoa mais afetada e a menos afetada pelo problema da dependência?(identificar o parentesco)
- 4) Quais atitudes familiares vocês acreditam que podem reforçar o comportamento adicto?
- 5) De que maneira a família costuma resolver os problemas relacionados com a drogadição?
- 6) Como a família age quando o indivíduo está intoxicado e quando tem recaídas?
- 7) Na família de origem existem hábitos repetitivos, como por exemplo, fumar ,jogar, comer ,beber ou usar drogas?
- 8) De que maneira vocês acreditam que os familiares podem ajudar a pessoa que está em tratamento no NEDEQ?