



Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Doutorado em Psicologia Social

**PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO, ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE E
RESILIÊNCIA EM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA
QUÍMICA.**

**STIGMATIZATION PROCESS, CAUSATION ATTRIBUTION AND
RESILENCE IN FAMILIES IN THE CONTEXT OF CHEMICAL
DEPENDENCE.**

Franciane Fonseca Teixeira Silva

João Pessoa-PB
Março/2023



Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Doutorado em Psicologia Social

**PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO, ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE E
RESILIÊNCIA EM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA
QUÍMICA.**

**STIGMATIZATION PROCESS, CAUSATION ATTRIBUTION AND
RESILENCE IN FAMILIES IN THE CONTEXT OF CHEMICAL
DEPENDENCE.**

Franciane Fonseca Teixeira Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social para fins de qualificação, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de doutora em Psicologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima
Pereira Alberto

João Pessoa - PB
Março/2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586p Silva, Franciane Fonseca Teixeira.

Processos de estigmatização, atribuição de causalidade e resiliência em famílias no contexto da dependência química. / Franciane Fonseca Teixeira Silva. - João Pessoa, 2023.
154 f. : il.

Orientação: Maria de Fátima Pereira Alberto.
Coorientação: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Psicologia social - Dependência química. 2. Dependência química - Resiliência familiar. 3. Dependência química - Estigma. I. Alberto, Maria de Fátima Pereira. II. Pichelli, Ana Alayde Werba Saldanha. III. Título.

UFPB/BC

CDU 316.6:615.015.6(043)



ATA DE DEFESA DE TESE

Aos vinte e quatro dias do mês de março de dois mil e vinte e três, de modo remoto pela Plataforma Skype, reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (CCHLA/UFPB), para a defesa de Tese da aluna **FRANCIANE FONSECA TEIXEIRA SILVA** – mat. 20181016279 (orientando(a), UFPB, CPF: 816.314.645-15). Foram componentes da banca examinadora: Prof.^(a) Dr.^(a) **MARIA DE FATIMA PEREIRA ALBERTO** (UFPB, Orientador, CPF: 325.180.214-34), Prof.^(a) Dr.^(a) **THAIS AUGUSTA CUNHA DE OLIVEIRA MAXIMO** (UFPB, Membro Interno ao Programa, CPF: 053.453.194-64), Prof.^(a) Dr.^(a) **DENISE PEREIRA DOS SANTOS** (UFPB, Membro Externo ao Programa, CPF: 051.521.224-56), Prof.^(a) Dr.^(a) **ANA ALAYDE WERBA SALDANHA PICHELLI** (UFPB, Membro Externo à Instituição, CPF: 380.402.474-20), Prof.^(a) Dr.^(a) **KARLA CAROLINA SILVEIRA RIBEIRO** (F.M.Nassau, Membro Externo à Instituição, CPF: 011.193.885-62) e Prof.^(a) Dr.^(a) **LUCIA ROBERTTA MATOS SILVA DOS SANTOS** (ESTÁCIO SE, Membro Externo à Instituição, CPF: 959.985.005-04). Na cerimônia compareceram, além do(a) examinado(a), alunos de pós-graduação, representantes dos corpos docente e discente da Universidade Federal da Paraíba e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente da banca, Prof.^(a) Dr.^(a) **MARIA DE FATIMA PEREIRA ALBERTO**, após declarar o objetivo da reunião, apresentou o(a) examinado(a) **FRANCIANE FONSECA TEIXEIRA SILVA** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que discorresse sobre seu trabalho, intitulado: “**PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO, ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE E RESILIÊNCIA EM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.**”. Passando então ao aludido tema, a aluna foi, em seguida, arguida pelos examinadores na forma regimental. Ato contínuo, passou a comissão, em secreto, a proceder a avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito de “**APROVADO**”, o qual foi proclamado pelo(a) presidente da banca, logo que retornou ao recinto da solenidade pública. Nada mais havendo a tratar, eu, **Júlio Rique Neto**, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos assino juntamente com os membros da banca. João Pessoa, 24 de março de 2023.

Maria de Fatima Pereira Alberto

Prof.^a Dr.^a Maria de Fatima P. Alberto

Thais Augusta C. de Oliveira Maximo

Prof.^a Dr.^a Thais Augusta C. de Maximo

Denise Pereira dos Santos

Prof.^a Dr.^a Denise Pereira dos Santos

Ana Alayde W. Saldanha

Prof.^a Dr.^a Ana Alayde W. Saldanha

Karla Carolina Silveira Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Karla Carolina S. Ribeiro

Lucia Robertta M.S. Santos

Prof.^a Dr.^a Lucia Robertta M. S. dos Santos

Júlio Rique Neto
Prof. Dr. Júlio Rique Neto
Coordenador do PPGPS

**PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO, ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE E
RESILIÊNCIA EM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA
QUÍMICA.**

Franciane Fonseca Teixeira Silva

Banca Examinadora

(Profa. Dra. Maria de Fátima Pereira Alberto/UFPB – Orientadora)

(Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli/PPGPS/UFPB – Avaliadora Interna)

(Profa. Dra. Denise Pereira dos Santos/DFE-CE/UFPB – Avaliadora Interna)

(Profa. Dra. Lúcia Robertta Matos Silva dos Santos/Centro Universitário Estácio de
Sergipe – Avaliadora Externa)

(Profa. Dra. Karla Carolina Silveira Ribeiro/Faculdade Maurício de Nassau –
Avaliadora Externa)

*Aos familiares de dependentes químicos que assim
como eu vivenciaram/vivenciam a co dependência
e contribuíram/ contribuem para uma visão
mais humana sobre essa questão.*

Agradecimentos

Agradeço e dedico este trabalho primeiramente a Deus, o meu grande refúgio, fortaleza e consolo, presente em todos os momentos da minha vida, que por sua graça e bondade até aqui me sustentou e me ajudou em todo percurso de construção desde a graduação em Aracaju até aqui no Doutorado, possibilitando-me obter esta grande conquista em minha vida.

Agradeço à minha família, especialmente aos meus pais, Francisco e Geane que, apesar de todas as adversidades e contratempos, me incentivaram, apoiaram e compreenderam nos momentos em que necessitei me ausentar. Aos meus irmãos, Neto e Felipe, por sempre torcerem e participarem das minhas conquistas, mesmo que distantes. Às minhas tias e tios, em especial Zuleide, por sempre me colocarem carinhosamente em suas orações. À minha sobrinha Lara Luany e Luan Ravi e a todos os demais familiares, por me permitirem desfrutar de momentos de carinho e alegrias, que quase sempre encheram o meu coração de alegria, me dando força para prosseguir e suportar a distância ao longo dessa caminhada. A todos os meus amigos, amigas e pessoas que amo e que deixei em Sergipe durante esse período e que sei torceram por mim.

Agradeço a minha querida orientadora Prof^a. Dr^a. ANA ALAYDE, um exemplo de mulher, de professora e de amiga, que mesmo na distância se fez presente em todos os momentos acadêmicos, pessoais e afetivos da minha vida. Nem sei o que seria de mim sem você nessa jornada Ana. Obrigada por ter acreditado e confiado no meu trabalho, ainda sem nem me conhecer. Tenho nem palavras para agradecer por tudo que fez por mim até aqui. OBRIGADA POR TUDO!

Agradeço a professora Maria de Fátima Pereira Alberto por ter aceitado me orientar nessa reta final e de transição da aposentadoria da professora Ana Alayde. Fátima, você para mim é um exemplo, orgulho e referência de pesquisadora e professora.

Apreendi tanto com suas aulas de políticas públicas e desenvolvimento humano na infância e na adolescência, que inclusive me trouxeram a aprovação em primeiro lugar para professora substituta na Universidade Federal de Sergipe. GRATIDÃO!

Agradeço aos membros da banca por dedicarem tempo para ler meu trabalho, e por todas contribuições. Tenham certeza que serão de grande relevância para o aperfeiçoamento do meu trabalho.

Agradeço aos meus amigos do Doutorado Greg e Tamyres Tomaz pelo apoio, orientação, carinho e amizade verdadeira de todas as horas durante esta caminhada. Agradeço também às minhas amigas e amigos que tive o privilégio de conhecer na Paraíba e aos de Sergipe também.

Aos familiares entrevistados, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho. Vocês dividiram comigo as suas histórias e me ajudaram a construir a minha.

Agradeço a todos os MESTRES que tive até aqui, especialmente meus professores de Psicologia que doaram um pouco de seus conhecimentos para que eu pudesse hoje dar meus primeiros passos rumo a atuação profissional. Minha eterna gratidão.

Aos funcionários da Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia Social, pela atenção e carinho dedicados.

LISTA DE TABELAS

ESTUDO I

Tabela 1. Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química.

Tabela 2. Tipologia do Uso de Substâncias Químicas.

Tabela 3. Estatísticas Descritivas da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde.

ESTUDO II

Tabela 1. Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química.

Tabela 2. Tipologia do Uso de Substâncias Químicas.

Tabela 3. Estatísticas Descritivas da Escala de Estigma Internalizado.

Tabela 4. Correlações entre o Escore Total e das 5 Subescalas da ISMI Adaptada para Dependentes de Substâncias.

ESTUDO III

Tabela1. Perfil de Resiliência Familiar: distribuição da pontuação das escalas pelos diferentes níveis.

Tabela 2. Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química.

Tabela 3. Tipologia do Uso de Substâncias Químicas.

Tabela 4. Classificação do Perfil de Resiliência Familiar dos familiares em estudo (n=111), distribuição absoluta e percentual.

Tabela 5. Correlações de Pearson (r) entre Resiliência Geral e variáveis correlatas (n=111).

ESTUDO IV

Tabela 1. Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química.

Tabela 2. Tipologia do Uso de Substâncias Químicas.

Tabela 3. Médias de Escores dos Fatores das Variáveis de Medida.

Tabela 4. Variáveis Explicativas para a Resiliência familiar.

Tabela 5. Variáveis Explicativas do Estigma para a Resiliência familiar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC - Análise Fatorial de Correspondência

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 – Corona Vírus Disease

DP – Desvio Padrão

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Alcool e Outras Drogas

IP - Protocolo de Internet

I - Internalidade

LENAD - II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OP – Outros Poderosos

SNC - Sistema Nervoso Central

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Essa tese tem como objetivo analisar os processos de estigmatização, atribuição de causalidade e resiliência por familiares de pessoas em dependência química. Foi realizado um estudo transversal, exploratório e descritivo, com design quantitativo e amostragem não probabilística (por conveniência) e dependente (a mesma amostra para todos os estudos), contabilizando 111 participantes com idade entre variando entre 18 e 70 anos, a maioria do sexo feminino, casados com escolaridade alta. A coleta se deu via formulário eletrônico online, segundo as resoluções do Conselho de Ética vigente e armazenados no servidor da internet. Os resultados foram organizados em quatro artigos. O primeiro artigo objetivou o identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (estáveis/instáveis) e controlabilidade. Fundamentado no Modelo Atribucional de Ação (Weiner, 1972), utilizou a Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. Os resultados apontaram instabilidade (tratamento de desintoxicação + recaída) para 52% dos dependentes químicos sendo atribuída localização de controle externo, no caso ao campo da medicina, especificamente ao hospital, médico e psiquiatra ou ao fatalismo. O segundo artigo visou identificar a percepção do estigma sofrido, assim como a rejeição interpessoal ligada ao estigma em decorrência de um membro familiar dependente químico. Pautado nos estudos de Goffman (1988), foi usado como instrumento a Escala de Estigma Percebido (Soares, 2011). Os resultados indicam a presença de estigma internalizado moderado, com as maiores médias e correlação nos fatores Aprovação do Estereótipo seguido da Resistência ao Estigma. Não foi encontrado diferença estatística significativa entre a percepção de estigma em relação a tipificação da substância psicoativa. Confirma-se, assim, que a percepção do estigma dirigido ao seu grupo de pertença resulta em autopercepções negativas ao tomar para si os estereótipos e estigmas sociais acerca do familiar dependente químico. O terceiro artigo, fundamentado no modelo de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993), teve como objetivo de verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social. Fez-se o uso do Questionário de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar que permitiu avaliar a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise. O quarto artigo visou verificar a correlação entre as variáveis relativas à Atribuição de Causalidade, Percepção de Estigma e os fatores da Resiliência Familiar. Para tanto, foi utilizada estatística descritiva e multivariada para correlacionar e analisar as variáveis identificadas nos estudos anteriores. Espera-se contribuir na construção de intervenções terapêutica partir da perspectiva da família do dependente químico.

Palavras-chave: Dependência Química; Resiliência Familiar, Atribuição Causal; Estigma.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze the processes of stigmatization, attribution of causality and resilience by family members of people in chemical dependence. A cross-sectional, exploratory and descriptive study was conducted, with quantitative design and non-probabilistic (convenience) and dependent (the same sample for all studies), accounting for 111 participants aged between 18 and 70 years, most of them female, married with high schooling. The collection took place via online electronic form, according to the resolutions of the Current Ethics Council and stored on the internet server. The results were organized into four articles. The first article aimed to identify the causes attributed by the family member to the chemical dependence of the family member, considering their location/internality (internal or external to the individual), stability (stable/instable) and controllability. Based on the Attributed Model of Action (Weiner, 1972), he used the Locus Scale of Parental Control in Health. The results indicated instability (detoxification treatment + relapse) for 52% of the chemical dependents being attributed external control location, in this case to the field of medicine, specifically to the hospital, physician and psychiatrist or to fatalism. The second article aimed to identify the perception of the stigma suffered, as well as interpersonal rejection linked to stigma due to a chemicaldependent family member. Based on Goffman's studies (1988), the Perceived Stigma Scale (Soares, 2011) was used as an instrument. The results indicate the presence of moderate internalized stigma, with the highest means and correlation in the factors Stereotype Approval followed by Resistance to Stigma. No statistically significant difference was found between the perception of stigma in relation to the typification of the psychoactive substance. Thus, it is confirmed that the perception of stigma directed at their group of belonging results in negative self-perceptions when taking for themselves the stereotypes and social stigmas about the chemical dependent family member. The third article, based on the Model of Resilience, Stress, Adjustment and Family Adaptation (McCubbin & McCubbin, 1993), aimed to verify the capacity of family resilience considering coherence, flexibility, involvement and social support. The Resilience, Stress, Adjustment and Family Adaptation Questionnaire was used, which allowed the evaluation of how the family responds to stress and crisis situations. The fourth article aimed to verify the correlation between the variables related to Attribution of Causality, Perception of Stigma and the factors of Family Resilience. For this purpose, descriptive and multivariate statistics were used to correlate and analyze the variables identified in previous studies. It is expected to contribute to the construction of therapeutic interventions from the perspective of the family of the chemical addict.

Keywords: Chemical Dependence; Family Resilience, Causal Attribution; Stigma.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I. MARCO TEÓRICO.....	16
CAPÍTULO I. ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	17
1.1 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CONTEXTO FAMILIAR.....	18
CAPÍTULO II. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	23
2.1 TEORIA DA ATRIBUIÇÃO CAUSAL.....	24
2.2 MODELO ATRIBUCIONAL DE AÇÃO DE WEINER.....	31
CAPÍTULO III. ESTIGMA E RESILIÊNCIA FAMILIAR.....	38
3.1 ESTIGMA.....	37
3.2 RESILIÊNCIA FAMILIAR.....	38
3.3 MODELO DE RESILIÊNCIA, STRESSE, AJUSTAMENTO E ADAPTAÇÃO FAMILIAR.....	40
OBJETIVOS.....	42
OBJETIVO GERAL.....	43
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
PARTE II. ESTUDOS EMPÍRICOS.....	47
ARTIGO I.....	47
ATRIBUIÇÕES CAUSAIS FAMILIARES PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE UM DE SEUS MEMBROS.....	48
Resumo.....	48
Introdução.....	50
Método.....	53
<i>Caracterização do estudo</i>	53
Resultados	55
Discussão.....	63
Conclusão.....	65
Referências.....	66
ARTIGO II.....	69
PERCEPÇÃO DO ESTIGMA SOCIAL DIRECIONADO À FAMÍLIA EM DECORRÊNCIA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	70

Resumo.....	70
Introdução.....	72
Método.....	73
<i>Caracterização do estudo</i>	73
Resultados e Discussão.....	76
Referências.....	85
ARTIGO III.....	86
RESILIÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	87
Resumo.....	87
Introdução.....	89
Método.....	92
<i>Caracterização do estudo</i>	92
Resultados e Discussão.....	96
Referências.....	105
ARTIGO IV.....	107
ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE E ESTIGMA NA CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA FAMILIAR.....	108
Resumo.....	108
Introdução.....	110
Método.....	111
<i>Caracterização do estudo</i>	111
Resultados e Discussão.....	115
Referências.....	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICE	
ANEXOS	

A dependência química é definida como um transtorno mental caracterizado pelo “conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa” (OMS, 1997). Este transtorno atinge cerca de 27 milhões de pessoas no mundo. Estima-se que mais de 20 mil pessoas morrem a cada ano por problemas relacionados a drogas. Não se deve, no entanto, reduzir a dependência química aos seus sintomas e à sua dimensão psicopatológica, mas considerar as dimensões biológicas, psicológicas e sociológicas de cada pessoa, da mesma maneira que o contexto sócio, histórico e cultural em que cada um se insere (Trindade, Bunn Bartilotti, 2017).

Pela forte ligação afetiva e pelo fato de se sentirem cobradas e/ou culpadas pela sociedade como corresponsáveis pela boa ou má educação e formação na dimensão cultural, social e moral de seu membro familiar dependente, a família constrói crenças, as quais têm grande influência sobre o funcionamento familiar, e as compartilha entre seus membros. Estas crenças se constituem em percepções que a pessoa ou grupo, no caso familiar, tem sobre o mundo em que vive, refletindo em suas ações e comportamento, que podem ser restritivas ou facilitadoras da resolução de problemas do cotidiano da vida, intensificando ou minimizando o sofrimento (Zerbetto, Cid, Gonçalves, Souza, & Ruiz, 2018). Em estudo realizado, os autores observaram que as crenças restritivas envolvem percepções de que a superproteção motiva o consumo e dependência de drogas e a influência do imaginário social nos valores morais da família e as crenças facilitadoras na crença de reabilitação do dependente e na força da família no enfrentamento da situação.

Em revisão da literatura sobre famílias que vivenciam problemas relacionados ao universo da dependência química, Zerbetto, Galera e Ruiz (2017) observaram que, geralmente, focam aspectos negativos e deficitários da convivência familiar, tais como fragilidades, disfunção familiar e características da codependência, fazendo com que a família seja reconhecida como fator e cenário de risco diante da complexidade das drogas, enquanto poucos

estudos têm buscado identificar as potencialidades e forças positivas da unidade familiar no processo de enfrentamento, recuperação e superação de situações adversas, ou seja, que envolvam a resiliência familiar.

A partir da concepção de que as intervenções devem ter como base a realidade vivida e a família como elemento estruturante do processo de produção de vida cotidiana na convivência com um familiar em dependência química, evoca-se as seguintes questões: quais as consequências desta convivência no cotidiano familiar e as repercussões na inserção social? Quais atribuições de causalidade são feitas acerca da dependência química? Como percebe e internaliza os estigmas sociais? Como se constroem os processos adaptativos familiares face às condições emergentes?

A Psicologia Social tem demonstrado desde alguns anos que um fator importante no comportamento é a procura de explicação das causas geradoras dos fenômenos que o afetam. Neste sentido, já em 1940, nos primórdios de sua teoria de Atribuição de Causalidade, Heider afirmava que "... o homem deseja conhecer as fontes de suas experiências, saber de onde vêm, saber como surgem, (...) porque essa atribuição lhe permite compreender o seu mundo e prever e controlar acontecimentos referentes a ele e aos outros" (Heider, 1970 pg. 169). Ao estudar o modo como as pessoas se relacionam interpessoalmente, Heider considera que um comportamento pode ser explicado em termos de causas por fatores situacionais ou disposicionais, podendo ser: atribuição interna, a partir de disposições da personalidade, das atitudes e do caráter, centrada na pessoa e; atribuição externa, que surge do contexto em que as situações são vivenciadas. Desta forma, ao considerar que as causas que estiveram na origem do comportamento de uma pessoa resultam exclusivamente dessa pessoa, responsabiliza-se apenas a ela. Por outro lado, se for entendido que as causas se relacionam com as influências do meio, isenta-se a pessoa de responsabilidades, visto ela não poder escolher os seus comportamentos; logo não pode ser considerado que teve intenção de se comportar assim.

De modo geral, pode-se dizer que as atribuições causais são crenças pessoais que influenciam o desempenho, a afetividade, as expectativas de sucesso e fracasso e a motivação. Weiner (1972) sugere que um modelo de ação atribucional geral deva incorporar a influência da atribuição causal no afeto e na expectativa. As causas, segundo Weiner (2004), podem ser classificadas quanto à sua localização/internalidade (causa ser interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (causas que se mantêm ao longo do tempo são estáveis, e as que se alteram, instáveis) e controlabilidade (causa ser controlável, depende da vontade do outro ou do próprio indivíduo ou incontrolável, a causa depende de algo sobre o qual nem o outro, nem o próprio indivíduo exerce o controle). O autor ressalta que esta classificação das causas é subjetiva, uma vez que é feita conforme as percepções que as pessoas têm de si mesmas e dos outros.

Essas duas percepções têm importantes implicações em relação às famílias com um membro dependente químico, pois conduzirão a comportamentos e sentimentos diante do contexto vivenciado. Mais precisamente, casos em que a dependência química está associada a fatores internos e estáveis, podem gerar sentimento de culpa ou depreciação, afetando tanto o dependente como a família. Conforme afirmam Maciel, Silva, Pereira, Dias e Alexandre (2018). As recaídas durante o tratamento do dependente químico deixam o familiar cuidador mais cansado e desanimado, ocasionando o desenvolvimento de sentimentos de desesperança e raiva por sentir-se incapaz de reverter a situação vivenciada. Ressaltam ainda que uma vinculação forte, a exemplo de mãe/filho, é capaz de causar culpa e maior responsabilização, concluindo que o tipo de vínculo estabelecido entre o cuidador e o dependente químico influencia o nível de sobrecarga sentido. Da mesma forma, ao atribuir causas internas ou externas ao dependente químico, levar, por exemplo, a maior condescendência no caso de atribuição causal externa.

A atribuição de causalidade, que também faz parte do processo de percepção social e tem um papel importante na estigmatização, relaciona-se diretamente à possibilidade de se atribuir determinada causa a um comportamento individual, com base nas informações obtidas

através da observação deste comportamento. No caso do abuso de substâncias, verifica-se que, socialmente, tanto a responsabilidade pelo surgimento do problema, quanto pela sua solução é considerada como estritamente individual e entendida como um problema moral. Goffman (1988) definiu o estigma como um atributo que pode ser profundamente desacreditado, depreciativo, o que reduz as pessoas inteiras a pessoas corrompidas e diminuídas. Conforme Varela (2016), estigma é relação e contexto específico, não reside na pessoa, mas em um contexto social, reforçando as definições de Goffman. Ou seja, um estigma social é uma identidade social que é desvalorizada pelos outros em determinado contexto e, quando internalizado, referindo-se à aplicação de significados sociais negativos do estigma ao autoconceito. Ainda segundo esta autora, talvez um dos mais significativos avanços psicológicos sociais no estudo das consequências do estigma tenha sido a pesquisa sobre a ameaça estereotipada - Steele, 1997; Steele & Aronson, 1995 - segundo a qual, a ameaça do estereótipo ocorre quando um indivíduo se torna consciente de um estereótipo negativo e seu desempenho nesse domínio é diminuído como resultado das cognições de interrupção produzidas a partir da consciência do estereótipo. Estes fatores podem levar ao isolamento, ao desemprego e ao baixo rendimento. Neste sentido, muitas vezes a condição de estigmatização pode se tornar muito mais danosa do que o próprio transtorno (Soares, Nery, Silveira, Noto, & Ronzani, 2011).

De forma geral, segundo Ronzani e Furtado (2010), existe uma punição social não formalizada que procura passar a mensagem de que determinados comportamentos não são tolerados. Esta linha de pensamento afeta não somente o dependente químico, mas a família de pertença. Os autores ressaltam a importância do entendimento e do estudo de como se forma o processo de estigmatização e de estratégias de mudança de percepção sobre o uso de substâncias químicas, a fim de promover uma postura resiliente na recuperação do problema.

A resiliência pode ser definida como os padrões comportamentais positivos e competências funcionais que indivíduos e unidades familiares demonstram em circunstâncias estressantes ou adversas (Rutter, 2007), podendo determinar a capacidade de recuperação de uma família mantendo sua integridade como unidade, garantindo ou restaurar o bem-estar dos familiares e da unidade familiar. Walsh (2002) afirma que a forma como uma família enfrenta e lida com uma situação adversa fará com que os seus membros e sua unidade sejam influenciados em suas adaptações imediatas e em longo prazo. Segundo o Modelo de Resiliência, Stresse, Ajustamento e Adaptação Familiar desenvolvido por McCubbin & McCubbin (1993), existem três passos essenciais para definir a resiliência familiar: a adversidade, a própria família e os resultados deste processo. A família desempenharia um papel fundamental atuando em três níveis de prevenção: primária (influenciando o estilo de vida e as escolhas); secundária (ao dar significado aos fatos e sintomas, pode influenciar a decisão de procurar ajuda diferenciada) terciária (influencia a resposta ao tratamento e na adesão ao regime terapêutico). Nesse sentido, investigar a resiliência familiar não só facilita uma ampla compreensão do sistema familiar, capaz de mudar e lidar, mas também ressalta a necessidade de incluir ferramentas específicas para desenvolver atributos familiares desejáveis no campo das intervenções clínicas e comunitárias (Payá, & Figlie, 2017).

Partindo destas premissas, fundamentado na Modelo Atribucional de Ação (Weiner, 1972), no conceito de Estigma (Goffman, 1988) e no modelo de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993), tem-se como hipótese que a atribuição causal e o estigma internalizado influenciam na capacidade de resiliência familiar.

PARTE I. MARCO TEÓRICO

No presente capítulo, será apresentado um breve percurso teórico acerca da dependência química, sua conceituação e seus aspectos históricos, abordando a maneira como esta afeta os aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos dos usuários e cuidadores. A Sobrecarga objetiva e subjetiva, enfatizam os aspectos negativos e reais gerados pelo papel do cuidador (sobrecarga objetiva) e os aspectos relacionados aos sentimentos negativos advindos do ato de cuidar (sobrecarga subjetiva). A sobrecarga afeta a saúde mental dos familiares de dependentes químicos, levando em consideração as medidas de sobrecarga subjetiva.

1.1 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CONTEXTO FAMILIAR

O consumo de substâncias psicoativas é uma temática amplamente discutida na contemporaneidade, entretanto o seu uso é tão antigo quanto a história da humanidade. Por desencadear alterações no humor, no comportamento, nos sentimentos, pensamentos e realidade, as drogas são utilizadas com diversas finalidades, dentre elas a busca por sensação de prazer, alívio de dores, festas, rituais, cultos, acontecimentos comemorativos. O seu uso abusivo e dependente acarreta em problemas de ordem social e de saúde (Silva, Moll & Ventura, 2018).

As substâncias que não são produzidas pelo organismo e que agem em um ou mais sistemas provocando mudanças em seu funcionamento são classificadas como drogas, definidas atualmente como substâncias psicoativas. Elas agem no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando as suas funções de sentidos, pensamentos e ações por produzir uma ação estimulante sobre o cérebro. São denominadas como drogas de escolha por não serem provenientes de prescrição médica (Silva, Moll & Ventura, 2018). As substâncias psicoativas e o seu uso, acarretam diversas consequências negativas e irreversíveis em sua maioria, acarretando prejuízos na qualidade de vida, o rompimento dos vínculos sociais, afetivos, emocionais, comportamentais e físicos (Buriola et al., 2018).

A dependência química é apresentada por alguns autores (Brooker, Fitzsimons, Moore & Neto, 2017), como uma doença mental com características de desordens neurobiológicas e comportamentais que influenciam o uso intenso e compulsivo de drogas, buscando-as de forma demasiada. O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), define a dependência química como uma patologia crônica e contínua, com presença de comorbidade por uso de drogas, sendo perceptível a gravidade da doença, visto que esta contempla aspectos físicos, mentais e sociais, sendo considerada como uma questão de saúde pública (Buriola et al., 2018). Dessa forma, a dependência química é abordada como uma doença multicausal, em que se faz necessário o tratamento a partir de terapias farmacológicas, clínicas e psicossociais, contemplando os aspectos pertinentes a saúde do usuário e de sua família.

O uso de substância psicoativa é um fenômeno que vem aumentando consideravelmente nos últimos quinze anos no Brasil. O consumo de substâncias ilícitas na população brasileira ocupa a posição de uma das nações mais precárias, apontando o aumento do uso de drogas estimulantes, a exemplo da cocaína, utilizada de modo intranasal, em forma de pó, ou fumada a exemplo do crack, merla ou oxi. Enquanto no Brasil este indicativo vem crescendo, na maioria dos países o consumo vem diminuindo. Tendo em vista que população brasileira apresenta ciência da gravidade da droga e que esta é um problema de saúde pública, o seu entendimento acerca dos níveis de consumo, dependência e efeitos negativos referentes ao uso de cocaína são desconhecidos (II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, 2014).

A partir do último relatório produzido na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2012, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), aponta que a maconha é categorizada como a droga ilícita mais utilizada no mundo. Levando em consideração o aspecto social e cultural do Brasil atualmente, é imprescindível o

conhecimento acerca do uso, proporção e consequências do uso da maconha. Entre a população adulta, 5,8% da população já fez o seu uso em algum momento da vida. Este número equivale a 7,8 milhões de brasileiros adultos. Entre a população adolescente, esta ocupa 597 milhões, o equivalente a 4,3% dentre os 14 milhões de adolescentes do Brasil. Sobre o uso de cocaína em algum momento da vida, a população adulta está entre os 3,8%, o equivalente a aproximadamente 5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais. Entre os adolescentes, 2,3% declararam ter utilizado em algum momento da vida a cocaína, o que equivale a 225 mil adolescentes em todo o país (II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, 2014).

Outra droga já utilizada em alguma vez na vida entre a população com 18 anos ou mais foi o uso de tranquilizantes, ocupando 9,6% da população com 18 anos ou mais, representando em média 8 milhões de usuários em todo o país. Quando comparados aos adolescentes, estes índices são significativamente maiores, porém, os seus índices são expressivos, ocupando 2,5% dos adolescentes que fizeram o uso de tranquilizantes em algum momento da vida, o que equivale a aproximadamente 198 mil adolescentes (II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, 2014).

As drogas estimulantes ocupam a quarta maior prevalência entre adolescentes, ficando abaixo da maconha, cocaína e solventes, a exemplo da cola de sapateiro, estima-se que 1,3% destes já fizeram o seu uso em algum momento da vida e 2,7% entre adultos em algum momento da vida, o que equivale a 1,5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais (II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, 2014).

Com relação ao crack, o levantamento aponta que 1,3% da população brasileira, o que equivale a mais de 1,7 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, já fizeram em algum momento o uso da referida droga. Vale ressaltar, que estes índices, englobam os sujeitos que vivem em domicílio, já que a pesquisa foi realizada de forma probabilística, o

que não leva em consideração a população que vive em situação de rua no Brasil (II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, 2014).

Em suma, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD), realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) em 2014, estimou que existe na população aproximadamente cerca de 5.7% de brasileiros que são dependentes de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, representando mais de 8 milhões de pessoas. Este estudo também estimou que as residências no Brasil são compostas por uma média de 4 pessoas. A partir destes dados, estima-se que pelo menos 28 milhões de pessoas vivem hoje no Brasil com um dependente químico. Entretanto, não existia até então no Brasil nenhum estudo de âmbito nacional focado nas famílias (Levantamento Nacional de Família de Dependentes Químicos, 2014).

A dependência química não afeta apenas a qualidade de vida do usuário, mas de toda a sociedade e principalmente da família que se torna uma codependente na dependência. É um fenômeno complexo e que deve ser trabalhado de forma interdisciplinar para facilitar e dinamizar este processo complexo e doloroso. Diante de tal complexidade, é importante a abordagem de terapias que aliem elementos biopsicossociais baseados em evidências científicas (Buriola et al., 2018).

A família é um fator de extrema importância no cuidado, mudança comportamental e a adesão ao tratamento pelo dependente químico, visando a sua melhora. O cuidado e a atuação da família possibilitam a apreensão dos conflitos vivenciados pelo dependente químico em seu processo de reabilitação, oportunizando a interação da família no projeto terapêutico do dependente químico (Ferreira et. al, 2015).

As poucas pesquisas que abordam a temática da dependência química e família, apontam para resultados que expressam o impacto que o uso de substâncias psicoativas causa principalmente nos familiares mais próximos, os cuidadores, tais como, pais,

cônjuges e filhos, afetando a dinâmica familiar em vários aspectos, como rituais, funções, rotinas, estruturas de comunicação, vida social e financeira da família. Dessa forma, estes enfrentam diversas problemáticas incluindo a violência doméstica, abuso infantil, roubo de bens familiares, condução de veículos em estado de embriaguez e ausências prolongadas, são os comportamentos relatados em sua maioria por familiares. O impacto também se dá na perspectiva subjetiva, causando sentimentos negativos como tensão, estresse, preocupação, estigma, raiva e culpa. A vivência das situações descritas, na maioria das vezes acarretam sintomas físicos e psicológicos nos familiares cuidadores, colocando-os em uma situação de vulnerabilidade e necessidades de atenção e cuidados direcionados. Para a construção, elaboração de tratamento e estratégias eficazes na área das políticas de saúde pública, é imprescindível conhecer o perfil dos familiares cuidadores de dependentes químicos, assim como o impacto que este cuidado gera para toda a família (Levantamento Nacional de Família de Dependentes Químicos, 2014).

A seguir serão explicitados os princípios norteadores da Teoria que direcionou este estudo.

2.1 – TEORIA DA ATRIBUIÇÃO CAUSAL

Nas últimas décadas, surgiram uma enorme quantidade de estudos na Psicologia Social acerca das causas e consequências da percepção. O foco principal desses estudos destina-se a estudar a causa do comportamento dos outros. Além desses aspectos, é possível ressaltar em tais pesquisas o estudo referente as diferenças entre a percepção do outro e a auto percepção. O estudo da causa da percepção das pessoas é denominado como “Teoria da Atribuição”, fazendo menção a percepção, ou inferência da causa. Vale ressaltar que na literatura científica não existe apenas uma teoria de atribuição, mas diversas e o seu termo refere-se aos vários tipos de atribuições e as principais referências são que os indivíduos interpretam o comportamento a partir das causas e suas interpretações exercem uma contribuição relevante nos determinantes reacionais do comportamento (Kelley & Michela, 1980).

Acerca da Teoria da Atribuição de causalidade, Kelley e Michela (1980), acreditam que um indivíduo com um status mais elevado como por exemplo em função da sua idade e situação econômica, irão apresentar uma atribuição interna para justificar suas ações, o que implica dizer que o indivíduo atribui a si mesmo a causa do seu sucesso ou fracasso em uma determinada circunstância, além de apresentar o controle sobre a situação. Já o indivíduo com baixo status social e econômico, atribui os fatores e circunstâncias a fatores externos, aos outros e não a si mesmo, alegando não ter o controle sobre a situação.

Dentro desse amplo campo sobre o estudo das percepções, os pesquisadores da área referente aos processos cognitivos têm focado no vínculo antecedentes-atribuições e nos aspectos referentes a dinâmica do comportamento, nas atribuições-consequências e ligação. Dessa forma, é possível traçar uma distinção entre o que pode ser chamado de "atribuição" e pesquisa "atribucional". A primeira envolve avaliação sistemática ou manipulação de antecedentes. Não há interesse em consequências além das próprias atribuições, e geralmente são medidas diretamente por relato verbal. A pesquisa "atribucional" diz respeito as consequências das atribuições.

Está relacionada com a avaliação ou manipulação de causas percebidas e medição de seus efeitos sobre comportamento, sentimentos e expectativas (Kelley & Michela, 1980).

Existem teorias de atribuição de coisas tão diversas como por exemplo, motivação de realização, amor romântico e agressão. O ponto em comum entre esses dois tipos de pesquisa é um interesse nas explicações causais dado para eventos por pessoas comuns. Em ambos os casos, as atribuições causais assumem um papel central no comportamento humano. Eles constituem a compreensão da pessoa sobre a estrutura causal do mundo e, portanto, são determinantes importantes de sua interação com esse mundo (Kelley & Michela, 1980).

Dessa forma, Kelley (1973), sintetiza e resume no estudo citado suas pesquisas dos anos de 1967, 1971 e 1972 sobre a teoria da atribuição, tendo como objetivo que os leitores não interpretem de forma incorreta a teoria da atribuição. Tais estudos abordam autores como Fritz Heider (1958) com a obra *A Psicologia das Relações Interpessoais*, que exerceu uma função central na criação e definição da teoria da atribuição e continua a ser a maior referência de conceitos da área. Ned Jones e as hipóteses sistemáticas de Keith Davis (1965) sobre a percepção da intenção em seu ensaio sobre "Dos Atos às Disposições" e o trabalho imaginativo de Daryl Bern sobre a teoria da autopercepção (resumido em um artigo recente, 1972). Merecendo atenção como uma ampla pesquisa do campo é o volume editado por Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Valins e Weiner (1972), intitulado "Atribuição: Percebendo as Causas do Comportamento." (Kelley, 1973).

A teoria da atribuição é conceituada como uma teoria sobre como as pessoas fazem explicações causais e como respondem perguntas que começam com "por quê?" Ela trata com as informações usadas para fazer inferências causais e com o que é feito com essas informações para responder a questões causais. A teoria se desenvolveu no campo da psicologia social, tendo como objetivo principal ser uma forma de lidar com questões de percepção social (Kelley, 1973).

Nesse contexto, alguns exemplos podem ser destacados como a percepção sobre a agressividade, pois se uma pessoa é agressivamente competitiva em seu comportamento, ela é esse tipo de pessoa ou está reagindo às pressões situacionais? Outro exemplo seria sobre posicionamentos políticos: “Se um indivíduo defende uma determinada posição política, isso reflete suas verdadeiras opiniões, ou deve ser explicado de alguma outra maneira? Sobre as habilidades, se uma pessoa falhar em um teste, ele tem baixa habilidade ou o teste é difícil? Em todas essas situações, as questões dizem respeito as causas do comportamento observado e as respostas dadas pelos indivíduos para explicar tais acontecimentos. Dessa forma, a teoria da atribuição diz respeito ao que Heider chama de "psicologia ingênua" (Kelley, 1973).

A teoria da Atribuição Causal também lida com questões de auto-percepção. O interesse parte inicialmente da teoria de Festinger (1954) dos processos de comparação social e do trabalho subsequente de Schachter sobre emoções (1959; Schachter & Singer, 1962). Um segundo estímulo foi fornecido pelas declarações de Bern (1965, 1967, 1972) sobre as condições sob as quais as atitudes de alguém são conhecidas por si mesmo. Os impasses dessa área dizem respeito aos julgamentos que a pessoa faz de sua própria capacidade, sentimentos, atratividade. As questões de autopercepção e da percepção do outro na teoria da atribuição, está relacionada a uma visão mais geral definida como epistemologia psicológica e isso tem a ver com os processos em que o homem "conhece" seu mundo, tem ciência que conhece e tem um sentido de que suas crenças e julgamentos são verídicos (Kelley, 1973).

A atribuição de uma característica a algo equivale a uma explicação causal particular dos efeitos associados com esse algo. Reações ou respostas a ela, julgamentos e avaliações dela. Dessa forma, todos os julgamentos designados a uma propriedade X caracteriza uma entidade Y e são vistos como atribuições causais. O exemplo aqui citado, evidencia porque a teoria da atribuição se desenvolveu dentro da psicologia social, pois aí está a preocupação com a interpretação do comportamento alheio. Entretanto, também vai afirmar que a teoria da atribuição é

relevante para outros campos da psicologia, sobretudo aqueles em que os autoconceitos são considerados relevantes. É como uma concepção generalista do modo como os indivíduos refletem, analisam e pensam sobre dados de causa e efeito (Kelley, 1973).

Para Kelley (1973), o termo teoria é utilizado em um sentido amplo para fazer menção a uma junção de princípios gerais que explicam fenômenos observados e que os psicólogos sociais percebem que seu papel apropriado é não confundir sentido, mas sim analisar, refinar e ampliar os aspectos acerca das teorias da percepção.

O processo atribucional originou uma grande diversidade de pesquisas teóricas e empíricas nos últimos 60 anos, representando uma área de investigação marcante em vários aspectos. Durante várias décadas, os psicólogos sociais validam a temática da percepção social, por estas explicarem como funciona o seu comportamento e o dos outros. Esta abordagem da Psicologia Social voltada para os aspectos de inferência das causas foi chamada de atribuição causal. Durante a história da Psicologia Social, a teoria da atribuição surgiu com as pesquisas de Fritz Heider no ano de 1958. Segundo Heider os indivíduos são motivados a buscarem as causas dos acontecimentos e compreender o seu ambiente, afirmando que os vínculos que firmamos com o ambiente influencia o modo como nos comportamos cotidianamente (Ferreira, 2019).

O estudo da teoria das atribuições tem sido o foco de uma pesquisa sistemática e continuada por diferentes pesquisadores da Psicologia. Entretanto, apesar de vários autores terem colaborado com a criação de uma teoria geral da atribuição, as pesquisas de Heider, Jones e Davis, Kelley, Jones e Nisbett, Weiner e Russel são constantemente designados como principais teóricos desta área de pesquisa. Para alguns teóricos não se deve considerar apenas uma teoria da atribuição, mas uma diversidade destas teorias (Ferreira, 2019).

Heider é considerado o pai e mentor da teoria da atribuição devido a sua publicação “Social perception and phenomenal causality” no ano de 1944. Ele escreveu sobre as suas

ideias de atribuição causal abordando os processamentos de pensamento que as pessoas usam para buscar sentido das coisas que lhes acontecem no dia a dia no mundo a sua volta. Abordou também a relevância dos psicólogos compreenderem a psicologia do senso comum ou a psicologia ingênua. Segundo Heider existem aspectos semelhantes quanto aos processos utilizados pela ciência e pelo senso comum para justificar os acontecimentos, havendo aspectos subjetivos que orientam a percepção das pessoas em relação aos outros e a si mesmas. Os indivíduos apresentam uma necessidade de compreender as causas dos acontecimentos e compreender o ambiente ao seu redor. A sua ideia fundamenta-se que as pessoas não observam nem guardam mentalmente conquistas e comportamentos, como se de autômatos se tratassem, mas analisam-nos para compreender as suas causas (Ferreira, 2019).

Os estudos de Heider tem como foco principal analisar como as pessoas conciliam internamente as suas cognições de modo a equilibrarem consigo próprios e nos ajustamentos que eles mesmo fazem diante do ambiente social que fazem parte. Ele acreditava que o comportamento era fruto da interação entre fatores pessoais internos (aptidão, esforço, fadiga) e fatores do ambiente ou externos (dificuldade da tarefa, oportunidade, sorte). A percepção da relação desses dois elementos que modelavam o indivíduo, que faria a atribuição, selecionando o seu comportamento. Ao entender uma ação como resultado de aspectos pessoais, estamos fazendo uma atribuição de causalidade interna. Entretanto, se atribuímos a ocorrência como resultado de fatores externos, sobre os que não temos controle, estamos a fazer uma atribuição de causalidade externa (Ferreira, 2019).

Outro modelo de teoria clássica da atribuição é o de Jones e Davis, chamado de Inferência Correspondente. A sua teoria apresenta um modelo centrado nas atribuições disposicionais para abordar o processamento da informação e inferências correspondentes, tentando explicar a forma como as pessoas inferem características disposicionais ou de personalidade, buscando apenas ao comportamento apresentado/observado. Para esses

autores, o êxito na inferência de traços e intenções observados nos outros é abordado como resultado da atenção prestada a aspectos primordiais do seu comportamento (Ferreira, 2019).

A teoria de Jones e Davis, apontam aspectos que servem de base para que façamos inferências correspondentes, que a relação entre o ato observado e a disposição subjacente que o motivou fique mais nítida. Estes aspectos são denominados: 1) Princípio do efeito não comum que se caracteriza por quanto menor o número de causas para um acontecimento, maior a possibilidade de acertos e inferências. O fato de existir poucas alternativas causais atrapalha a real inferência da disposição do autor do evento; 2) Princípio da relevância hedônica que caracterizasse pela possibilidade que a ação de um indivíduo tem de ocasionar resultados bons ou ruins na perspectiva de um observador. Quanto maior a relevância hedônica, mais correspondente é a inferência do observador acerca do comportamento de um indivíduo; 3) Princípio do personalismo que se caracteriza pela importância da presença de um indivíduo para o comportamento de outro. Se o comportamento de um indivíduo é direcionado a outro, este tem mais oportunidades de realizar inferências correspondentes sobre a disposição desse indivíduo do que se a ação não tivesse sido desencadeada pela sua presença. A teoria proposta por Jones e Davis, favoreceu o entendimento do fenômeno de atribuição e representa um esforço no que se refere a explicar as ideias iniciadas por Heider. Esse modelo traz a importância das alternativas disponíveis para o indivíduo, trazendo várias formas do processo que modelará a força das atribuições e providencia um modelo mais testável que o de Heider (Ferreira, 2019).

O modelo de Kelley e o processamento da informação e o esquema causal valoriza as escolhas conscientes e racionais dos indivíduos, desenvolvendo o princípio da covariação. Os aspectos básicos para conceituar as relações entre os indivíduos são as pessoas, o cenário e a situação, baseando-se no princípio da covariação entre causas e efeitos. Os indivíduos determinam uma causa para uma situação, analisando informação sobre a variação situacional

ou não, das condições e circunstâncias que acompanham a situação. Dessa forma, quando um acontecimento ocorre na presença de algo, esse algo é atribuído a causa do evento. Para o autor, três aspectos são relevantes para analisar um comportamento: a distintividade, que é o modo como o ator se relaciona com os outros aspectos. É a percepção de que um dado comportamento é emitido pela pessoa perante algum estímulo ou apenas quando está presente um estímulo especificado. A consistência ou a constância que diz respeito ao que a pessoa que percebe tem sobre a história do comportamento do ator e o consenso, que é caracterizado pelo modo como os outros atores reagem a entidade em questão. Quando muitos indivíduos agem de forma semelhante diante do mesmo estímulo ele é alto, mas quando o contrário acontece, ele é baixo (Ferreira, 2019).

Outra teoria sobre atribuição causal abordada, foi a de Jones e Nisbett sobre a divergência de perspectivas entre o ator e o observador. Nessa teoria, atores e observadores de uma determinada ação são influenciados por um viés ou tendenciosidade diferente em suas atribuições. Os atores ao refletirem as suas ações, percebe-as como uma resposta de adaptação às forças situacionais, buscam realizar atribuições situacionais, externas, ao passo que os observadores de uma ação tendem a realizar atribuições disposicionais, internas do ator, inferindo as causas do comportamento do ator em decorrência de suas características pessoais. Quando se observa o comportamento do outro, buscamos atribuir-lhes causa pessoal, mas ao analisarmos o nosso próprio comportamento, atribuímos o seu surgimento em sua maioria a causas externas. Para os autores, essa tendenciosidade diferente entre atores e observadores acontece devido à diferença de informações que possuem. O ator tem um maior acesso a informações relativas ao seu comportamento passado em situações semelhantes, o que lhe possibilita escolher melhor a influência de causas externas no seu comportamento específico (Ferreira, 2019).

2.2- MODELO ATRIBUCIONAL DE AÇÃO DE WEINER

Ainda sobre os modelos de atribuição causal, destacamos aqui o modelo Lócus de Causalidade de Weiner (1979).

Segundo Weiner (1979), o lócus de causalidade interfere nos aspectos emocionais, na autoestima, porém, a expectativa é atingida por uma terceira dimensão, a estabilidade. A ideia se a causa de um acontecimento é instável ou estável, o conceito de mudança, é o maior determinante da expectativa. Weiner concentrou as suas pesquisas a princípio no processo de atribuição referente ao êxito e fracasso acadêmico na sala de aula. Posteriormente, estudou as relações entre atribuições e emoções, a espontaneidade do processo atribucional na vida cotidiana e o resultado do pensamento atribucional acerca do comportamento social.

Os princípios criados por Weiner, afirmam que o desenvolvimento dos indivíduos na realização de uma atividade varia de acordo com as expectativas de êxito ou fracasso nessa atividade e que essas expectativas são em sua maioria pelas atribuições causais que determinam para os acontecimentos que se seguiram ao seu comportamento ou ao comportamento que observaram em outros. Dessa forma, as atribuições causais exercem influência sobre as expectativas e, por fim, os processos motivacionais (Weiner, 1985).

Para Weiner, a busca de um motivo para justificar um evento é mais plausível quando acontece o fracasso do que o êxito e que também é mais esperado após um acontecimento inesperado do que depois de um acontecimento esperado. Vale ressaltar que os aspectos subjetivos relacionados aos acontecimentos também influenciam na busca do conhecimento causal. Segundo o autor, em aspectos referentes a realizações, as pessoas designam o resultado, o êxito e o fracasso as crenças causais. Acreditou-se que os elementos atribucionais fundamentais são: capacidade, esforço, dificuldade da tarefa e sorte. Tais aspectos são usados pelas pessoas para interpretar e para prever resultados, sendo categorizados em duas dimensões: Lócus de controle, que é quando a causa é interna ou externa ao indivíduo. O

esforço e a capacidade eram considerados como internos do sujeito. A outra dimensão é a estabilidade, que é o modo como a causa muda no decorrer do tempo. Outra dimensão abordada por Weiner é a controlabilidade, diferenciando os aspectos que eram percebidos como controle do indivíduo (esforço), do que não se encontram sobre esse controle, a capacidade (Weiner, 1985).

No locus de causalidade, as causas são compartilhadas por fatores externos e internos ao sujeito. Nesta dimensão estão contemplados os aspectos: esforço típico, esforço imediato, capacidade, humor, fadiga e doença como aspectos internos. Como fatores externos são contemplados os aspectos enviesamentos, dificuldade, a sorte e a ajuda. A dimensão estabilidade aponta as causas como estáveis (invariantes) e instáveis (variantes). Dessa forma, aspectos como capacidade, esforço, enviesamento, família e dificuldade da tarefa são tidas como estáveis. Em contrapartida o esforço imediato, o humor, o cansaço, as doenças, a ajuda de outros e a sorte podem ser tidos como instáveis. Essa dimensão influencia as mudanças das expectativas de empenho futuro (Weiner, 1985).

Quando ocorre o êxito após as atribuições causais relacionadas a fatores estáveis, há um aumento nas expectativas de êxito e uma diminuição nas expectativas após o fracasso. Com relação ao aspecto afetivo, a atribuição causal estável para o fracasso, a capacidade e a dificuldade da atividade desencadeia sentimentos de falta de confiança e desânimo. A atribuição causal estável como capacidade e esforço para o êxito desencadeia sentimentos de segurança e confiança (Weiner, 1985).

A controlabilidade baseia-se em apreender se a causa conferida é controlável ou não pelo indivíduo. Aspectos como capacidade, dificuldade da atividade, sorte, enviesamentos e ajuda dos outros são sem controle indivíduo, mas o auxílio dos outros e o enviesamento são controláveis. A dificuldade da tarefa, a sorte, a capacidade, o humor, a fadiga e a doença são tidos como sem controle. A controlabilidade está relacionada a sentimentos como gratidão em

caso de êxito relacionado a ajuda de outros e a raiva em caso de fracasso em decorrência da influência externa. Essa dimensão está relacionada a sentimentos de vergonha e culpa quando o fracasso é atribuído a fatores internos, porém o sujeito experiencia o sentimento de orgulho se atribuir o seu êxito a fatores controláveis por si próprio, a exemplo do seu esforço (Weiner, 1985).

A atribuição para causas de fracasso ou êxito a fatores internos ou externos proporciona intensos sentimentos com repercussões da autoestima. Dessa forma, atribuições de capacidade e esforço para o êxito contribuem para o surgimento de emoções de orgulho, competência e satisfação. Atribuições de capacidade e esforço para o fracasso desencadeiam sentimentos de incompetência e vergonha. Segundo Weiner, a autoestima e a expectativa de desempenho futuro influenciam no desempenho de realização de atividades (Weiner, 1985).

Para os estudos de Weiner, os indivíduos tendem a justificar seu êxito a ausência ou a presença de capacidade, a ausência de esforço ou a um esforço adequado a dificuldade da tarefa e a ruim ou boa sorte. Em diversas pesquisas, Weiner afirma que aspectos como o humor, a fadiga, a doença ou o viés poderiam servir como causas necessárias e/ou suficientes para o desempenho. Posteriormente, indica como causas mais relevantes ao desempenho a capacidade, o esforço, a facilidade ou dificuldade da tarefa, a sorte, o humor e o auxílio ou os obstáculos criados por outros (Weiner, 1985).

Posteriormente, no ano de 1985, Weiner ampliou o seu modelo tridimensional de atribuições para uma teoria atribucional da motivação e emoção em contextos de desempenho. Ele compreende que os indivíduos, além de se sentirem alegres quando a situação é apreendida como positivo ou tristes quando a situação é apreendida como negativa, no seu cotidiano, buscam as causas que estão escondidas nesses resultados. Essa procura é mais previsível quando se trata de um resultado negativo, inesperado ou importante (Weiner, 1985).

Dessa forma, um resultado poderá causar sentimentos positivos (dependente do resultado e independente da atribuição) especificamente se esse resultado estiver de acordo com as expectativas. A estabilidade percebida será, um aspecto que influencia as expectativas de êxito futuro, reconhecendo-se que as atribuições poderão ser tocadas por vários antecedentes. Em contrapartida, quando o resultado é negativo, ocasional e/ou relevante, tenta verificar se a causa que o ocasionou, a qual designará o tipo e o sentimento que se vai sentir. Dessa forma, um indivíduo que vê o seu resultado positivo como decorrência da sorte se sentirá surpreso, sendo esse sentimento dependente da atribuição, e não do resultado (Weiner, 1985).

Weiner no ano de 1985, apresenta de modo semelhante, a origem da expectativa, no qual afirma que a estabilidade apreendida das causas influencia as expectativas individuais de êxito posteriormente, as quais, por sua vez, influenciam futuros desempenhos. Assim, se o resultado de um evento é designado a uma causa fixa, então haverá uma expectativa maior desse resultado voltar a acontecer. Em contrapartida, se o resultado de um evento é designado a uma causa instável, então se formará a expectativa de esse resultado poder ser mudado, ou de o posteriormente poder ser adiantado de modo divergente do passado (Weiner, 1985).

Assim, resultados designados a causas estáveis serão adiantados como tendo maior certeza de ocorrência no futuro do que os resultados designados a causas instáveis. Uma consequência relevante desse aspecto é a de que as atribuições influenciam as expectativas das pessoas para sucessos posteriormente, as quais, por sua vez, podem determinar se um indivíduo escolhe ou não por seguir a participar/investir em determinado evento (Weiner, 1985).

De igual modo, alguns sentimentos, como os referentes com a autoestima, não necessitam da causa apreendida, mas, sim, das suas propriedades dimensionais. Pesquisas realizadas por Russell e McAuley (1986) vêm fundamentar a relevância das dimensões causais

na relação entre atribuição e sentimento. Segundo o estudo de Biddle (1993), pode-se levar em consideração que, a uma alta complexidade cognitiva, representa mais diferenciação dos sentimentos vivenciados. A percepção dos indivíduos sobre as causas atribuídas a um resultado pode influenciar não só as expectativas posteriores relativamente a eventos semelhantes, mas aos sentimentos após a conquista desse resultado. Em consequência, ao influenciarem os sentimentos, as atribuições influenciam também as ações em situação de desempenho (Weiner & Kukla, 1970).

Na existência de resultado positivo atribuído internamente, um indivíduo sente orgulho e autoestima positiva, permanecendo-se relacionado nas atividades. Na existência de um resultado negativo atribuído internamente, um indivíduo, normalmente, sente menor autoestima, o que pode levar à diminuição do envolvimento voluntário na atividade. Segundo Weiner, não é somente a dimensão da causalidade que influencia as emoções. O desânimo, a culpa e a vergonha estarão associados com as atribuições. Se um resultado negativo é designado a causas estáveis, constantemente a consequência é o desânimo (Weiner, 1985).

Sentimentos relacionadas com o desânimo e a vergonha inclinam-se na restrição da participação e desistência, sendo a vergonha sentida quando um resultado negativo é relacionado a causas internas e incontroláveis. A culpa procede de um resultado relacionado a causas internas e controláveis. Sentimentos relacionadas com a vergonha resultam geralmente numa motivação enorme e em novos processos de retribuição. Por fim, as atribuições influenciam comportamentos posteriormente, como os relacionados com a motivação e participação nas atividades em contextos de realização (Weiner, 1985).

3.1 ESTIGMA

O estigma é um fenômeno que implica significativamente na vida dos indivíduos por limitar, condicionar e causar prejuízos na vida destes. O seu impacto afeta a autoestima, o autoconceito, a qualidade de vida e o suporte social das pessoas em sociedade, limitando o desenvolvimento de papéis sociais. Trata-se de um fenômeno estudado em diversas áreas do conhecimento, a exemplo da psiquiatria, sociologia e psicologia (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984, Link & Phelan 2001).

Erving Goffman (1963), aborda em sua obra *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, o conceito de estigma, abordando-o como um aspecto que pode ser imensamente desonroso e malvisto, desqualificando e reduzindo indivíduos a sujeitos diminuídos e ofensivos, visando as pessoas com características negativas. O processo de estigmatização acontece quando um indivíduo possui crenças negativas e estereotipadas a respeito de si mesmo, e que o desvaloriza perante a sociedade, categorizando-os como anormais ou diferentes (Crocker, et., al., 1998).

Os traços do estigma podem apresentar-se de diversas formas, visíveis, invisíveis, aparentes ou não eles podem apresentar-se também de forma controlável ou incontrolável, podendo ser ligados ou não a aparência das pessoas. Trata-se de sujeitos que são descredibilizados aos olhos da sociedade, possuindo identidades estigmatizadas e ocultas (Goffman, 1963). Na maior parte das situações, as pessoas escondem identidades socialmente estigmatizadas como as pessoas com transtornos mentais, doenças físicas, deficiências, orientações sexuais e pessoas com transtornos por uso de substâncias psicoativas.

O estigma é abordado como uma narrativa e ação negativa, como uma posição inferior e impotente diante da sociedade, que categoriza de forma particular as pessoas que fogem dos comportamentos normativos como algo negativo e prejudicial. Trata-se de uma relação e contextos sociais específicos, reforçando a ideia de que o estigma é um conjunto de traços e

variações culturais e comportamentais construídos socialmente ao longo do tempo em grupos que são segregados. O seu efeito tem um poder representativo e presente que mesmo em um contexto não estigmatizante, eles continuam para o sujeito estigmatizado, uma ameaça intensa que os obriga a estar atentos, num esforço mental que lhes retira a disposição física e mental na expectativa de preconceito e ameaça constante de estereótipo (Herek, 2009).

3.2 RESILIÊNCIA FAMILIAR

A resiliência segundo a definição de Wernet (2005), é um processo enérgico que firma o modo como as pessoas enfrentam as adversidades. É o poder e a capacidade de resistência em uma situação de crise e caos, relacionando descobertas por meio da experiência cotidiana, relacionando o potencial para transformações pessoais e relacionais, aparente nos padrões de organização, comunicação, recursos pessoais e comunitários para a solução de problemas.

Os estudos sobre resiliência foram iniciados na década de 80, porém suas bases epistemológicas são um pouco mais antigas. A origem do seu termo vem da palavra francesa “resilier,” uma palavra composta por “re” que significa dirigir-se para trás, retirada e “salire” que significa saltar, pular. “Resilier” é uma expressão comumente utilizada na área da física, matemática e demais ciências exatas, definindo a capacidade que os materiais têm de concentrar energia cinética e não sofrer mudanças, é a capacidade de um material resistir as modificações e circunstâncias do ambiente. O seu significado vai além de resistir, mas a capacidade de adaptação. O termo resiliência não se aplica somente à capacidade de resistir, mas também à capacidade de adaptação e maleabilidade. É a capacidade que cada sujeito apresenta e desenvolve ao longo de sua história para enfrentar um evento adverso para si, retirando para si um aspecto positivo (Anaut, 2005).

A resiliência é formada ao longo da vida e relaciona-se a habilidade de amenizar os aspectos negativos que os eventos de risco podem causar nos indivíduos e em suas famílias. É

um modo de gerenciar os obstáculos da vida, tendo ciência dos riscos, porém com a habilidade de agir e envolver os recursos individuais e familiares para o enfrentamento dessas adversidades. É um conceito importante na área da saúde, em especial na promoção desta por auxiliar na compreensão de como alguns sujeitos reagem frente a um fator de risco e como são capazes de tirar o melhor da situação (Silva, 2009).

Para Oliveira (2010), a resiliência é a resposta saudável e produtiva frente ao fator adverso ou trauma, sendo imprescindível para gerir o estresse da vida cotidiana. É um padrão de estímulos que acontece com os indivíduos que ao enfrentarem uma situação difícil, tem a habilidade de responder de uma forma positiva, superando as dificuldades.

Os familiares de dependentes químicos, apresentam-se como codependentes na dependência, o que por muitas vezes requer a resiliência familiar de forma ativa nestes. A Resiliência Familiar é um processo que resulta necessariamente que os familiares enfrentem por um período de adversidade, desorganização, privação, porém, apesar de tudo isto, seja capaz de se reestruturar, encontrando um novo eixo e ultrapasse a adversidade (Anaut, 2005).

Referir-se à resiliência familiar é analisar a família em um aspecto macro, com aspectos e características específicas, restaurando a auto subsistência, que muda de família para família. O estudo da resiliência familiar visa a dinâmica da família e a visão desta enquanto grupo familiar. A sua dinâmica permite constatar comportamentos e o modo como as relações acontecem, a sua estrutura e o que favorece a urgência da resiliência nos seus aspectos, focando o apoio nos integrantes da família, nas relações e particularidades do grupo familiar que são passíveis de contribuir na urgência da resiliência, a influência que a estrutura e formas de relação familiar tem no desenvolvimento da resiliência. A família enquanto grupo, é vista de modo global, levando-se em consideração todos os recursos utilizados por ela frente a adversidade. A adaptação aos fatores de estresse, a capacidade de avaliação frente aos eventos

traumáticos e o estabelecimento de laços com a coletividade funcionam como facilitadores do processo de resiliência do grupo familiar (Anaut, 2005).

3.3 MODELO DE RESILIÊNCIA, STRESSE, AJUSTAMENTO E ADAPTAÇÃO FAMILIAR

A família como unidade conjugada, apresenta aspectos e comportamentos que reverberam no bem-estar individual e geral dos seus integrantes, a exemplo dos problemas de saúde física e mental. Os impactos familiares são sentidos na estrutura, no processo familiar, nas emoções e na própria doença (Sousa, Relvas & Mendes, 2007). As demandas da dinâmica familiar apresentam cada vez mais uma grande necessidade de não focar apenas no sujeito adoecido, mas nas demandas biopsicossociais da família (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006).

O modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin & McCubbin (1993) tem como objetivo explicar o potencial da família para enfrentar situações de crise e compreender os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação das famílias a situações de doença. Frente a um acontecimento estressor, como a ocorrência de uma patologia na família, esta tenta manter o equilíbrio, e para isso utiliza os seus recursos possíveis, analisa e avalia a situação, utiliza os padrões de resolução de problemas e de coping familiar.

A resiliência familiar consiste no coping bem-sucedido dos integrantes da família em situação de vulnerabilidade, que lhes possibilita desenvolverem-se de forma afetiva, com suporte e coesão. Como elementos conceituais de base ao modelo, emergem os aspectos estressores, o tipo de família, o padrão de funcionamento, a vulnerabilidade, os recursos familiares, o suporte social, a resolução de problemas, o coping e a apreciação cognitiva (Martins, 2006; McCubbin & McCubbin, 1993). Estes aspectos são definidos como: 1) Elementos estressores são as ameaças e mudanças que interferem no bem-estar e dinâmica da família; 2) O tipo de família são as características que justificam como a dinâmica familiar

enfrenta as várias situações. É um preditor dos padrões de funcionamento familiar frente as dificuldades; 3) A vulnerabilidade é a capacidade que tem para se adaptar a vida nova, dependendo de fatores psicossociais que intervêm na reação ao estresse; 4) Os recursos familiares são os mecanismos e estratégias que a família possui para enfrentar as adversidades; 5) Suporte social é um mediador entre o estresse e a qualidade de vida relacionada com a saúde. São os recursos da comunidade e apoio que as pessoas podem usar ao se deparar com fatores estressores; 6) A resolução de problemas e as estratégias de coping são estratégias e habilidades que a família usa para enfrentar os estressores, driblando situações de crise familiar; 7) Apreciação cognitiva reúne a avaliação dos estressores, a avaliação da situação e a avaliação da dinâmica familiar. A avaliação que a família faz sobre um evento estressor influencia todo o processo.

Levando em consideração que dependência química de um familiar é um evento estressor para a família, o Perfil de Resiliência da Família (Mudanças Familiares, Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar e Suporte Social da Família) pode ser um aspecto indicativo da sobrecarga e nível de bem-estar do familiar cuidador. O suporte familiar e as estratégias que a família possui, de acordo com o seu funcionamento, podem ser compreendidos como fatores influenciadores para o resultado, o qual vai ser traduzido pelo bem ou mal-estar da família e da sobrecarga ou não do familiar cuidador (McCubbin & McCubbin, 1993).

OBJETIVO GERAL

Analisar os processos de estigmatização, atribuição de causalidade e resiliência por familiares de pessoas em dependência química.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 - Construir um perfil sociodemográfico e Tipologia do Uso de Substâncias Químicas;
- 2 - Identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (estáveis/instáveis) e controlabilidade;
- 3 - Identificar a percepção do estigma sofrido, assim como a rejeição interpessoal ligada ao estigma em decorrência de um membro familiar dependente químico;
- 4 - Verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social;
- 5 - Verificar a correlação entre as variáveis relativas à Atribuição de Causalidade e Estigma e os fatores da Resiliência Familiar.

Para cumprir os objetivos supracitados, esta tese foi apresentada em modelo de artigos, totalizando quatro estudos.

O primeiro estudo/artigo, denominado “Atribuições Causais para a Dependência Química pela Família”, apresentou os resultados requeridos pelos objetivos específicos 1 e 2. Esse artigo foi discutido à luz das correntes da Teoria da Atribuição Causal, fazendo uma ponte com o Modelo Atribucional de Ação (Weiner, 1972). Utilizou como técnica de coleta a Escala de Lócus de Controle Parental na Saúde (Cerqueira & Nascimento, 2008), analisado por estatística descritiva e multivariada.

O segundo estudo/artigo, intitulado “Percepção do Estigma Social direcionado à Família em relação à Dependência Química”, respondeu aos objetivos 1 e 3, usou como

instrumento a Escala de Estigma Percebido (Soares, 2011), analisada por estatística descritiva e multivariada. Foi pautado pelos estudos de Erwin Goffman acerca do Estigma.

O terceiro estudo/artigo, intitulado “Resiliência Familiar no Contexto da Dependência Química”, respondeu aos objetivos 1 e 4, fundamentado no modelo de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993), através do Questionário de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar dos mesmos autores que permitiu avaliar o Perfil de Resiliência Familiar, ou seja, a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise.

O quarto estudo/artigo, intitulado de “Atribuição de Causalidade e Estigma na Construção da Resiliência Familiar”, respondeu aos objetivos específicos 1 e 5 e à hipótese de que a atribuição causal e o estigma internalizado influenciam na capacidade de resiliência familiar. Para tanto, foi utilizada estatística descritiva e multivariada para correlacionar as variáveis identificadas nos estudos anteriores.

Por fim, uma conclusão foi realizada acerca dos quatro estudos, sendo feitas considerações sobre os resultados das pesquisas, trazendo as limitações e consequentemente, salientando possíveis questionamentos a serem respondidos posteriormente. Espera-se contribuir na construção de intervenções terapêuticas a partir da perspectiva da família do dependente químico.

Torna-se importante ressaltar que a coleta de dados do presente estudo aconteceu em tempos de epidemia do Covid-19, o que implicou em distanciamento social e, portanto, na impossibilidade de contato presencial com os participantes. Sendo assim, um link foi divulgado em sites e grupos de relacionamentos da internet, com a inserção de um tópico com um texto de introdução ao estudo, advertindo os internautas de que não se tratava de uma enquete comum de opinião divulgada pela internet, mas de um estudo científico sobre famílias com membro em dependência química, convidando a participar.

Ao clicarem no link, os participantes acessaram um site da internet que apresentou a equipe de pesquisa e explicitou o modo de participação por meio do preenchimento do questionário. Os participantes foram informados acerca do sigilo dos dados e dos aspectos éticos do estudo, seguindo as resoluções do Conselho de Ética vigente, sendo convidados a confirmarem sua participação clicando num botão para avançar à tela seguinte, onde se depararam com o formulário eletrônico contendo os instrumentos subsequentemente.

O formulário conteve instruções de programação segundo as quais os participantes receberam uma mensagem na tela caso não tenham preenchido todas as questões, indicando os itens em branco, para evitar o envio de dados incompletos. Os dados enviados foram armazenados no servidor da internet, juntamente com informações relativas à data e hora de preenchimento e o endereço de IP dos computadores dos respondentes.

Antes de serem submetidos a análise estatística, os dados passaram por uma pré análise, para remoção de questionários inválidos ou em excesso ocasionados por participantes que tenham respondido a pesquisa mais de uma vez, deliberadamente ou não; sendo observados os dados referentes a data e hora de preenchimento e endereço de IP (Protocolo de Internet), que orientou a exclusão de questionários.

A participação nesta pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes, talvez, apenas algum constrangimento que algumas pessoas sentiram quando forneceram informações sobre si mesmas. Ressalta-se que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedeceram aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, caso houvesse necessidade, a pesquisadora responsável se encarregaria de prestar devidos esclarecimentos e/ou ajuda ao participante. Como explanado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente assinado pelo participante que aceitou responder à pesquisa, foi garantido o anonimato dos participantes mesmo após o encerramento desta. Aspectos relacionados ao abandono ou

desistência na participação também foram esclarecidos no TCLE, sendo direito do participante que retirasse o consentimento, se assim desejar, a qualquer momento e sem ônus algum. Ressalta-se que nenhum dos procedimentos usados ofereceram riscos a dignidade dos participantes. Entretanto, o pesquisador responsabilizou-se em acompanhar e indenizar o participante, no caso de eventuais danos, efetivamente decorrentes da participação na pesquisa.

Ademais, ao participar desta pesquisa, os participantes não tiveram nenhum benefício direto. Entretanto, esperou-se que este estudo trouxesse informações relevantes sobre a temática de cuidadores de dependentes químicos, dessa forma, o conhecimento que foi construído a partir desta pesquisa, forneceu dados empíricos acerca da temática, na qual a pesquisadora comprometeu-se em divulgar os resultados obtidos, respeitando o sigilo das informações coletadas, além de contribuir para a produção científica acerca do tema.

PARTE II. ESTUDOS EMPÍRICOS

ATRIBUIÇÕES CAUSAIS FAMILIARES PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE UM DE SEUS MEMBROS

Resumo

Introdução: Fundamentado no Modelo Atribucional de Ação (Weiner, 1972), este estudo tem como objetivo a identificação do perfil e Tipologia do Uso de Substâncias Químicas, bem como, identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (estáveis/instáveis) e controlabilidade. **Método:** Através de formulário online, utilizou um Questionário Sociodemográfico e Tipologia do Uso de Substância Química e a Escala de Lócus de Controle Parental na Saúde, analisados por estatística descritiva e multivariada. **Resultados:** Os familiares de pessoas em dependência química têm idade entre variando entre 18 e 70 anos, na maioria do sexo feminino, casados, com escolaridade alta e renda familiar regular. As pessoas em dependência química têm idade variando entre 16 e 62 anos, a maioria do sexo masculino, casados, escolarização média e com renda própria. São dependentes em média à 15 anos, com uso de até 04 substâncias conjuntas (álcool, maconha, cocaína e crack), com tratamento e reincidência. O lócus de controle destacou a Externalidade de outros poderosos e fatalidade/acaso ($M=19,5$; $DP=4,15$), seguida da Internalidade ($M=17,2$; $SP=4,67$). A medida da estabilidade (desintoxicação + recaída), aponta que metade dos dependentes químicos são instáveis. Estes resultados indicam que os familiares de pessoas em dependência química neste estudo, atribuem localização de controle externo, no caso ao campo da medicina, especificamente ao hospital, médico e psiquiatra, bem como à fatalidade mais do que a si. **Conclusão:** Verifica-se que o familiar atribui a si a função da prevenção, enquanto o cuidado fica atribuído aos profissionais e serviços de saúde. Pode-se dizer que o papel de retaguarda é da família e a frente é dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Modelo Atribucional, Lócus de Controle, Dependência Química, Família.

Abstract

Introduction: Based on the Attribeal Model of Action (Weiner, 1972), this study aims to identify the profile and Typology of the Use of Chemical Substances, as well as to identify the causes attributed by the family member to the chemical dependence of the family member, considering its location/internality (internal or external to the individual), stability (stable/instable) and controllability. **Method:** Through an online form, he used a Sociodemographic Questionnaire and Typology of the Use of Chemical Substance and the Locus Scale of Parental Control in Health, analyzed by descriptive and multivariate statistics. **Results:** The relatives of people in chemical dependence are between 18 and 70 years old, mostly female, married, with high schooling and regular family income. People in chemical dependence are between 16 and 62 years old, most of them male, married, middle schooling and with their own income. They are dependent on average to 15 years, with use of up to 04 joint substances (alcohol, marijuana, cocaine and crack), with treatment and recurrence. The locus of control highlighted the externality of other powerful and fatality/chance ($M=19.5$; $SD=4.15$), followed by Internality ($M=17.2$; $SP=4.67$). The measure of stability (detoxification + relapse) points out that half of the chemical dependents are useless. These results indicate that the relatives of people in chemical dependence in this study attribute external control location, in the case of the field of medicine, specifically to the hospital, physician and psychiatrist, as well as to fatality more than to themselves. **Conclusion:** It is verified that the family member assigns to himself the function of prevention, while care is attributed to health professionals and services. It can be said that the rear role is of the family and the front is of health professionals.

Keywords: Attribeal Model, Locus of Control, Chemical Dependence, Family.

Introdução

Na área da Psicologia Social, alguns pesquisadores evidenciaram o estudo da percepção e o modo como os indivíduos buscam justificar seus comportamentos e o das outras pessoas em seu cotidiano. Essa temática direcionada aos processos de inferências e atribuições de causas foi denominada como Teoria da Atribuição Causal (Ferreira, 2019).

O estudo da Teoria da Atribuição Causal impulsionou diversas pesquisas teóricas e empíricas desde o século passado, apontando uma variedade de temáticas multidisciplinares. A atribuição causal teve como precursor o psicólogo Fritz Heider em 1958. Para Heider, os indivíduos são impulsionados a investigar as inferências das situações, a compreender os contextos que vivenciam e como os acontecimentos desse ambiente interferem na forma com a qual os indivíduos se comportam cotidianamente (Ferreira, 2019).

A atribuição causal é pautada em pensamentos e crenças individuais que trazem impactos para a performance, o afeto, os sentimentos de fracasso e sucesso e as motivações. Um dos autores da teoria da Atribuição Causal estudado no presente artigo foi o criador do Modelo Atribucional de Ação (Weiner, 1972), que acredita que este modelo incorpora a influência da atribuição causal no afeto e na expectativa (Weiner, 2004). Segundo este autor, as causas ou situações podem ser classificadas quanto à sua localização/internalidade (causa ser interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (causas que se mantêm ao longo do tempo são estáveis, e as que se alteram, instáveis) e controlabilidade (a causa ser controlável, depende da vontade do outro ou do próprio indivíduo ou incontrolável, a causa depende de algo sobre o qual nem o outro, nem o próprio indivíduo exerce o controle). O autor ressalta que esta classificação das causas é subjetiva, uma vez que é feita conforme as percepções que as pessoas têm de si mesmas e dos outros.

Posteriormente, Weiner ampliou o seu modelo tridimensional de atribuições para uma teoria atribucional da motivação e emoção em contextos de desempenho (2005), concluindo que os indivíduos, além de se sentirem alegres quando a situação é apreendida como positivo ou tristes quando a situação é apreendida como negativa, no seu cotidiano, buscam as causas que estão escondidas nesses resultados. Essa procura é mais previsível quando se trata de um resultado negativo, inesperado ou importante. Dessa forma, um resultado poderá causar sentimentos positivos (dependente do resultado e independente da atribuição) especificamente se esse resultado estiver de acordo com as expectativas. A estabilidade percebida será, um aspecto que influencia as expectativas de êxito futuro, reconhecendo-se que as atribuições poderão ser tocadas por vários antecedentes. Em contrapartida, quando o resultado é negativo, ocasional e/ou relevante, tenta verificar se a causa que o ocasionou, a qual designará o tipo e o sentimento que se vai sentir. Dessa forma, um indivíduo que vê o seu resultado positivo como decorrência da sorte se sentirá surpreso, sendo esse sentimento dependente da atribuição, e não do resultado (Ferreira, 2019).

Essas percepções têm importantes implicações em relação às famílias com um membro dependente químico, pois conduzirão a comportamentos e sentimentos diante do contexto vivenciado. Mais precisamente, casos em que a dependência química está associada a fatores internos e estáveis, podem gerar sentimento de culpa ou depreciação, afetando tanto o dependente como a família. Segundo Maciel, Silva, Pereira, Dias e Alexandre (2018), as recaídas durante o tratamento do dependente químico deixam o familiar cuidador mais cansado e desanimado, ocasionando o desenvolvimento de sentimentos de desesperança e raiva por sentir-se incapaz de reverter a situação vivenciada. Ressaltam ainda que uma vinculação forte, a exemplo de mãe/filho, é capaz de causar culpa e maior responsabilização, concluindo que o tipo de vínculo estabelecido entre o cuidador e o dependente químico influencia o nível de sobrecarga sentido. Da mesma forma, ao atribuir causas internas ou externas ao dependente

químico, levar, por exemplo, a maior condescendência no caso de atribuição causal externa (Maciel, Silva, Pereira, Dias e Alexandre, 2018).

No contexto da dependência química e da codependência em familiares de adictos, várias são as causas atribuídas por estes familiares para justificar ou explicar o uso abusivo de drogas, visto que, segundo Moraes et al. (2009), utiliza a expressão codependência para definir os membros da família do dependente químico que convivem diretamente com o abuso de substâncias psicoativas, por estes vivenciarem também as dificuldades deste uso.

A família como um meio de suporte social para o dependente químico, encontra-se na maioria das vezes imersa nos prejuízos que a dependência traz, acarretando problemas físicos, sociais e psicológicos, apresentando sofrimento, dor emocional e adoecimento físico e psíquico, caracterizado por medo, desconfiança, culpa, excesso de cuidado/controle sobre a vida do outro, falta de cuidados para consigo e mudanças no estilo de vida (Moraes et al., 2009). Configura-se, assim, uma codependência, segundo os autores supracitados definida por um ou mais indivíduos que vivenciam e desempenham de forma direta o papel de cuidador com a pessoa que apresenta o uso abusivo de substâncias psicoativas, que geralmente é caracterizada por um cuidador familiar, ficando este responsável pelo cuidado e responsabilidades do familiar usuário de drogas. A codependência é considerada como uma doença crônica e progressiva devido aos transtornos vivenciados pelos cuidadores.

A partir destes pressupostos e fundamentado no Modelo Atribucional de Weiner (1972), este estudo tem como objetivo: (1) identificar o perfil sociodemográfico de familiares e das pessoas em dependência química; (2) verificar a Tipologia do Uso de Substâncias Químicas; (3) analisar a atribuição de causalidade pelo familiar à dependência química do seu membro familiar.

Método

Caracterização do Estudo

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com design quantitativo e amostragem não probabilística (por conveniência).

Amostra

A população deste estudo foi constituída por famílias em que um de seus membros é dependente químico. De acordo com o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (2014), feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), ao menos 28 milhões de pessoas no Brasil têm algum familiar que é dependente químico, ou seja, para cada dependente químico existem outras quatro pessoas afetadas. Estes números permitem inferir aproximadamente 7.000.000 famílias atingidas. A amostra foi composta por um representante familiar de cada família contactada que se dispôs a participar do estudo, preferencialmente aquele com maior vínculo de cuidado com a pessoa em dependência química, contabilizando um total de 111 participantes.

Como critério de inclusão foi observado a necessidade de ter 18 anos ou mais, residir com o dependente químico, ter algum vínculo familiar e aceitar participar voluntariamente do estudo. O critério de exclusão consistiu em não se enquadrar em um dos critérios de inclusão estabelecidos ou possuir algum tipo de incapacidade para responder.

Instrumentos

- Questionário Sociodemográfico e de Tipologia do Uso de Substâncias, em três blocos onde o primeiro contou com itens acerca dos dados pessoais do familiar respondente (por exemplo: sexo, idade, estado civil, situação profissional, parentesco e proximidade com o dependente químico, etc.); o segundo sobre o familiar dependente químico (sexo, idade,

escolaridade, situação profissional, tipo de substância, tempo de uso, etc.); e o terceiro com itens referente ao uso de substância (por exemplo: tipo, tempo, concomitância, tratamento, recaída, etc.).

- Escala de Locus de Controle Parental na Saúde (Cerqueira & Nascimento, 2008), cujo enunciado dos itens foi adaptado de modo a refletir a crença de controle direcionado ao seu cuidado em relação à saúde do seu familiar em dependência química. Contemplou três dimensões, com seis itens cada: Internalidade (I), que avaliou o grau em que o sujeito acredita controlar a vida do familiar em dependência química; Outros poderosos (OP), que avaliou a crença de que este controle está nas mãos de pessoas poderosas e Acaso/sorte (A), que avalia a crença de controle pelo acaso, pela sorte ou destino. Em formato tipo Likert, a escala oferece cinco opções de resposta para cada afirmativa variando desde discordo totalmente (1) até concordo totalmente (5), devendo ser assinalada aquela que melhor representa o grau da sua crença.

Procedimentos e Considerações éticas

A coleta de dados, realizada durante o ano de 2021, período em que o país se encontrava em isolamento social em decorrência da pandemia do COVID-19, se deu através de questionário online, elaborado na ferramenta Formulários Google, e divulgado em redes sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp) e através de e-mails e contatos com associações. O início da aplicação do questionário só ocorria após a leitura e assentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e confirmação da participação voluntária. Os dados apreendidos foram armazenados no servidor da internet, juntamente com informações relativas à data e hora de preenchimento e o endereço de IP dos computadores dos respondentes, evitando assim a duplicidade de participação. Foram obedecidos aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aplicação do instrumento, era solicitada a indicação de outra pessoa que pudesse participar da pesquisa.

Análise dos dados

Os dados decorrentes do questionário sociodemográfico e Tipologia do Uso de Substâncias Químicas foram analisados através de estatística descritiva (frequência, porcentagem, média e desvio padrão). Os dados decorrentes da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde foram analisados através de estatísticas descritivas, bivariada e comparação de médias (Qui-quadrado; correlação de Pearson (r); Test t e Anova), considerando-se como associações estatisticamente significativas aquelas com valores de $p < 0,05$. Após a verificação dos índices de confiabilidade (Análise Fatorial) e de consistência interna de cada dimensão (alpha de Cronbach), os dados provenientes da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde (Cerqueira & Nascimento, 2008), foram analisados através de estatística descritiva (Média, Mediana, Desvio Padrão, Percentuais) e test t ou qui-quadrado para associação com os dados sociodemográficos e Tipologia do Uso de Substâncias Químicas. A correção da escala foi feita conforme a original, através da fórmula: $IT = I - (OP + A / 2)$, onde IT representa a internalidade total; I, a pontuação obtida por meio da soma dos itens correspondentes à dimensão internalidade; OP a pontuação obtida por meio da soma dos itens correspondentes à dimensão outros poderosos e A a pontuação obtida por meio da soma dos itens correspondentes à dimensão acaso/sorte. A pontuação varia entre 8 e 40, e quanto maior o escore em cada escala, maior a expectativa de controle pela fonte correspondente.

Resultados

Os respondentes tiveram origem distribuídas em 70 diferentes cidades de 21 Estados brasileiros (Norte = 02; Nordeste = 09; Centro-Oeste = 03; Sudeste = 04; Sul = 05), dos quais,

57% residem em capitais e 43% em cidades interioranas. A familiaridade com o dependente químico se deu, para a maioria, enquanto filho (a) (43%), seguido de conjugalidade (22%), irmã (o) (12%) e pais (3%), além e 21% que se declararam como familiar cuidador intitulando-se como “outra categoria” de familiaridade não descrita. Dentre os respondentes, 85% afirmaram ser a pessoa mais próxima do dependente químico, dos quais, 10% estão na categoria “outros”. Não obstante, doravante todos os respondentes serão intitulados como familiares de pessoas em dependência química.

Os familiares de pessoas em dependência química têm, em média, 39 anos ($DP = 11,4$; variando entre 18 e 70 anos), são do sexo feminino (88%); 56% são casados; 30% solteiros; 12% divorciados e 3% viúvos. Em relação à cor/raça, 43% se declararam brancos, 39% pardos e 15% negros. A escolaridade pode ser considerada alta (29% possuem ensino superior e 24% pós-graduação), 40% têm ensino médio e 6% fundamental. Apenas um participante declarou não possuir escolaridade. Da mesma forma, 44% possuem renda familiar baixa (até R\$ 2.000,00), 41% têm renda familiar entre 2 e 5.000,00; e 14% acima de 5.000,00.

Conforme informaram os familiares, as pessoas em dependência química em questão, tem média de idade de 37 anos ($DP=11,9$; variando entre 16 e 62 anos), a maioria é do sexo masculino (80%), 49% é casado ou solteiro (43%), considerados de cor/raça parda (45%), branca (41%) ou negra (12%). A escolarização, para a maioria, é ensino médio (44%) ou fundamental (31%) e apenas 22% com ensino superior (dos quais 5% com pós-graduação). Os familiares afirmaram que 59% das pessoas em dependência química pelos quais respondem possui renda própria, sendo 41% dependentes financeiramente. A tabela 1 apresenta os dados dos familiares e das pessoas em dependência química.

Tabela 1*Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química*

		Familiares		Dep. Químico	
		N	%	N	%
Fx Etária	16 – 29 anos	24	22	34	31
	30 – 49 anos	64	58	57	51
	50 – 70 anos	23	21	20	18
Sexo	Masculino	13	12	89	80
	Feminino	98	88	22	20
Estado Civil	Casado	62	60	55	49
	Solteiro	33	30	48	43
	Divorciado	13	12	08	07
	Viúvo	03	03	-	-
Cor/Raça	Branca	48	43	46	41
	Parda	43	39	50	45
	Negra	17	25	13	12
Escolaridade	Sem escolarização	01	01	02	02
	E. Fundamental	07	06	35	31
	E. Médio	44	40	49	44
	E. Superior	32	29	19	17
	Pós-graduação	27	24	6	05
Renda	Até R\$ 1.000,00	14	13	66	59
Familiar (R\$)	1.001,00 à 2.000,00	35	31	45	41
	2.001,00 à 5.000,00	46	41		
	5.001,00 à 10.000,00	09	08		
	Acima de 10.000,00	07	06		

Em relação à dependência química, a maioria refere tempo de uso bastante variado, em média, 15 anos (DP = 10,8; variando de um 01 a 50 anos), a maioria fazendo uso de até 04 substâncias conjuntas, sendo o álcool o mais referido (22%) de forma única, percentual que aumenta quando analisado em conjunto com outras substâncias, conforme pode ser observado

na Tabela 2. Questionados acerca de tratamento de desintoxicação, os familiares referem que 52% já fez tratamento anteriormente e 40% se encontram em tratamento.

Tabela 2

Tipologia do Uso de Substâncias Químicas

	Variáveis	N	%
Tempo de Uso	01 – 5 anos	25	22
	06 – 10 anos	26	23
	11 – 20 anos	32	29
	21 – 30 anos	17	15
	31 – 40 anos	06	5
	41 – 50 anos	02	2
Tipo de Substância	Alcool	25	22
	Alcool; Cocaína	16	14
	Alcool; Maconha; Cocaína	12	11
	Cocaína	12	11
	Maconha	10	11
	Alcool; Crack	7	6
	Cocaína; Crack	7	6
	Maconha; Cocaína	6	5
	Alcool; Maconha; Cocaina;	5	4
	Crack	7	6
	Alcool; Maconha	1	1
	Alcool; Maconha, Crack	1	1
	Maconha, cocaína, crack	1	1
	Alcool; Cocaina; Crack	1	1
	Outra	4	4
Tratamento Anterior	Sim	58	52
	Não	53	48
Tratamento Atual	Sim	44	40
	Não	67	60
Outros usuários na Família	Sim	51	46
	Não	60	54

Residentes Casa	01	08	07
	02 - 03	57	51
	04 - 05	42	41
	Mais que 05	04	04

Análise psicométrica dos itens e da escala

A escala foi elaborada de forma a contemplar três dimensões, com seis itens cada. As dimensões são: Internalidade (I), que avalia o grau em que o sujeito acredita controlar a sua vida; Outros poderosos (OP), que avalia a crença de que este controle está nas mãos de pessoas poderosas e Acaso/sorte (A), que avalia a crença de ser controlado pelo acaso, pela sorte ou destino. A investigação da validade de construto por meio da análise fatorial exploratória permitiu identificar que a matriz de correlações era passível de fatoração ($KMO = 0,76$ e Teste de Bartlett = 799,38; $df=153$; $p=,000$) com possibilidade de extração de até cinco componentes ($eigenvalue \geq 1,0$). Os quatro primeiros componentes explicaram 60,6% da variância. O quarto fator apresentou apenas um item (A18), não obstante com a maior carga fatorial (,841) o que culminou em sua permanência, teoricamente analisado na Dimensão Acaso/Sorte dado o conteúdo do item. Desta forma, cada dimensão da escala ficou representada empiricamente pelos itens propostos teoricamente para representá-la explicando conjuntamente 63,5% de variância, índice de comunalidade (h^2) dos itens variando entre ,457 e ,781. A medida do Alpha de Cronbach (,808) indica consistência interna entre os 18 itens do instrumento (Tabela 2).

Tabela 2 - Características psicométricas dos itens da Escala Locus de Controle Parental na Saúde

Conteúdo do Item	Componentes					Média/ Desvio Padrão
	I	A	OP	F4	h ²	
1. Posso fazer muitas coisas para que meu familiar não use drogas.	,650				,746	3,11 1,139
2. Posso fazer muitas coisas para manter meu familiar sem o uso de drogas.	,639				,739	2,93 1,059
3. O uso de drogas pelo meu familiar depende, em grande parte, de como eu cuido dele.	,409				,491	2,15 1,011
4. Posso fazer alguma coisa para evitar que meu familiar use drogas.	,451				,674	3,09 1,058
5. Posso fazer muitas coisas para evitar que meu familiar sofra acidentes.	,573				,526	2,75 1,049
6. Posso tomar cuidados para que meu familiar tenha uma boa conduta.	,591				,580	3,19 ,986
7. Sempre que meu familiar passa mal, o melhor a fazer é levá-lo imediatamente a um hospital.			,571		,685	3,52 1,017
8. Confio inteiramente no médico, ele estudou e sabe o que é melhor para meu familiar.			,600		,599	3,74 ,871
9. Na maioria das vezes, quem pode cuidar da dependência química do meu familiar são os psiquiatras.			,523		,643	3,51 ,962
10. Quando meu familiar usa drogas, o melhor a fazer é levá-lo ao médico.			,623		,646	2,95 1,021
11. Na maioria das vezes, quem pode evitar que meu familiar use drogas são os médicos e os psicólogos.			,505		,667	2,55 1,150
12. É papel dos nutricionistas garantir que meu familiar tenha uma alimentação saudável.	,506		,369		,730	2,77 1,150
13. A dependência química do meu familiar depende da sorte.		-			,676	1,74 ,806
14. Não importa o que eu faça, meu familiar usa drogas por falta de sorte.		-			,783	1,72 ,800
15. Pessoas que nunca usam drogas contam com a sorte.		-			,690	1,75 ,899
16. O uso de drogas pelas pessoas é obra do destino.	,670				,670	1,59 ,779
17. Se meu familiar têm azar, nada que eu ou os médicos façam pode evitar que ele use drogas.		-			,681	1,73 ,884

18. Se meu familiar tem que usar drogas, ele vai usar e não há nada nem ninguém que possa evitar.	,841	,809	2,94	.877
% de Variância	24,8	15,4	13,8	6,6
Alpfa de Cronbach	,835	,755	,872	,803
Nº de itens	06	06	05	06*

*Com o item 18 incluso na terceira dimensão do instrumento original.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas das pontuações da Escala de Lócus de Controle. A dimensão que apresentou as maiores médias foi a Externalidade de outros poderosos, seguida da Internalidade. Estes resultados apontam que os familiares de pessoas em dependência química neste estudo, atribuem o uso de substâncias químicas com localização externa, no caso ao campo da medicina, especificamente ao hospital, médico e psiquiatra, ou ainda à fatalidade, portanto, sem controlabilidade. No entanto, conforme as médias da dimensão Internalidade, acreditam que podem fazer algo para que seu familiar não use drogas, tomando cuidado para que tenham boa conduta. Desta forma, verifica-se que o familiar atribui a si a função da prevenção, enquanto o cuidado fica atribuído aos profissionais e serviços de saúde. Pode-se dizer que o papel de retaguarda é da família e a frente é dos profissionais de saúde.

Tabela 3

Estatísticas descritivas das pontuações da Escala de Lócus de Controle Parental da Saúde

	M	DP	Intervalo
Fator 1: Internalidade	17,22	4,67	6-30
A1. Posso fazer muitas coisas para que meu familiar não use drogas.	3,11	1,14	1 – 5
A2. Posso fazer muitas coisas para manter meu familiar sem o uso de drogas.	2,93	1,06	1 – 5
A3. O uso de drogas pelo meu familiar depende, em grande parte, de como eu cuido dele.	2,15	1,01	1 – 5
A4. Posso fazer alguma coisa para evitar que meu familiar use drogas.	3,09	1,06	1 – 5

A5. Posso fazer muitas coisas para evitar que meu familiar sofra acidentes.	2,75	1,05	1 – 5
A6. Posso tomar cuidados para que meu familiar tenha uma boa conduta.	3,19	1,05	1 – 5
Fator 2: Externalidade -outros poderosos	19,05	4,15	6-30
A7. Sempre que meu familiar passa mal, o melhor a fazer é levá-lo imediatamente a um hospital.	3,52	1,01	1 – 5
A8. Confio inteiramente no médico, ele estudou e sabe o que é melhor para meu familiar.	3,74	,87	1 – 5
A9. Na maioria das vezes, quem pode cuidar da dependência química do meu familiar são os psiquiatras.	3,51	,96	1 – 5
A10. Quando meu familiar usa drogas, o melhor a fazer é levá-lo ao médico.	2,95	1,02	1 – 5
A11. Na maioria das vezes, quem pode evitar que meu familiar use drogas são os médicos e os psicólogos.	2,55	1,15	1 – 5
A12. É papel dos nutricionistas garantir que meu familiar tenha uma alimentação saudável.	2,77	1,15	1 – 5
Fator 3: Externalidade – acaso ou sorte	11,5	5,26	7-22
A13. A dependência química do meu familiar depende da sorte.	1,74	,806	1 – 5
A14. Não importa o que eu faça, meu familiar usa drogas por falta de sorte.	1,72	,800	1 – 4
A15. Pessoas que nunca usam drogas contam com a sorte.	1,75	,899	1 – 5
A16. O uso de drogas pelas pessoas é obra do destino.	1,59	,779	1 – 4
A17. Se meu familiar tem azar nada que eu ou os médicos façam pode evitar que ele use drogas.	1,73	,884	1 – 5
A18. Se meu familiar tem que usar drogas, ele vai usar e não há nada nem ninguém que possa evitar.	2,94	,877	2 – 4

Considerando o Modelo Atribucional de Ação (Weiner, 1972; 2004), que incorpora a influência da atribuição causal no afeto e na expectativa cujas causas ou situações podem ser classificadas quanto à sua localização (causa interna ou externa ao indivíduo), controlabilidade (depende do próprio indivíduo ou algo sobre o qual não exerce o controle) e estabilidade (estabilidade e instabilidade) foram avaliados os resultados da Escala de Lócus de Controle para identificar a localização e controle atribucionais, bem como a ocorrência de tratamento para desintoxicação e posterior recaída associada ao tempo de uso para a medida da estabilidade.

A estabilidade da atribuição, neste estudo medida pela ocorrência de tratamento para desintoxicação e posterior recaída, associada ao tempo de uso de substâncias químicas aponta reincidência para 52% dos participantes, sem diferença estatística na associação com a média de tempo de uso. No entanto, considerando a legalidade do uso do álcool em detrimento às outras substâncias citadas, foram realizados testes de associação (test *t*) para verificar a ocorrência de diferença nas variáveis de estudo. Foi observado diferença estatisticamente significativa apenas em relação ao tempo de uso (estabilidade), com média de 23,1 anos para uso restrito de álcool e 12,6 anos para uso de outras substâncias químicas (DP=12,4; *t*=4,69; *p*=,000).

Discussão

Os resultados sociodemográficos destacam uma amostra formada na maioria por cuidadoras mulheres (88%). A predominância do sexo feminino como familiar cuidador pode ser justificada devido ao papel social de cuidador ser comumente delegado à mulher e, principalmente, à mãe e à esposa (Barroso, Bandeira & Nascimento, 2007; Yamashita, Amendola, Alvarenga & Oliveira, 2010; Souza, Carvalho e Teodoro, 2012; Nolasco, Bandeira, Oliveira & Vidal, 2014; Maciel et al., 2018). Por outro lado, o perfil sociodemográfico do

dependente químico é caracterizado em sua maioria por homens com baixa renda, corroborando o estudo de Danieli et. al (2017) sobre o perfil sociodemográfico em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas que aponta a maioria do sexo masculino, solteiro, com baixa escolaridade e renda. No que se refere a Tipologia do Uso, os resultados encontrados apresentam-se em consonância com estudo realizado por Danieli et. al (2017) onde mais de 70% dos entrevistados já haviam sido internados por dependência química por pelo menos três vezes e 70% tinham história familiar de dependência química. Da mesma forma, em estudo sobre o perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Especializado realizado por Santana et al. (2021), no que se refere, em especial, a idade dos familiares dependentes químicos, no gênero e no nível de escolaridade.

Os princípios criados por Weiner, afirmam que o desenvolvimento dos indivíduos na realização de uma atividade varia de acordo com as expectativas de êxito ou fracasso nessa atividade e que essas expectativas são em sua maioria pelas atribuições causais que determinam para os acontecimentos que se seguiram ao seu comportamento ou ao comportamento que observaram em outros. Dessa forma, as atribuições causais exercem influência sobre as expectativas e, por fim, os processos motivacionais (Ferreira, 2019).

Os resultados obtidos a partir da percepção dos familiares cuidadores quanto aos aspectos de controle sobre a dependência química do familiar, sugerem que se percebem como pessoas que possuem pouco controle sobre os comportamentos dos seus familiares usuários de drogas, atribuindo a outros profissionais, hospitais e instituições de saúde, o controle do cuidado para com o seu familiar. De igual modo, não atribuem a responsabilidade e o cuidado ao acaso ou sorte. Contrapõe-se, assim, ao estudo de Xavier, Rodrigues e Silva (2014) que coloca as expectativas e suporte familiar na recuperação do dependente na fase de abstinência e de recaídas, além da vontade própria. Tal suporte ocorreria através do diálogo, apoio, orientação,

imposição, de regras e a participação de grupos de apoio como medidas adotadas para ajudar o dependente.

Segundo Weiner (2004), o *locus* de causalidade interfere nos aspectos emocionais, na autoestima, porém, a expectativa é atingida por uma terceira dimensão, a estabilidade. A ideia se a causa de um acontecimento é instável ou estável, o conceito de mudança, ou seja, o modo como a causa muda no decorrer do tempo, seria o maior determinante da expectativa (Ferreira, 2019). Essa dimensão influencia as mudanças das expectativas de empenho futuro. Quando ocorre o êxito após as atribuições causais relacionadas a fatores estáveis, há um aumento nas expectativas de êxito e uma diminuição nas expectativas de fracasso. A atribuição causal instável desencadeia sentimentos de falta de confiança e desânimo (Ferreira, 2019). Neste estudo, a medida da estabilidade foi feita através da realização de tratamento de desintoxicação anterior e posterior recaída, o que se deu para 52% dos dependentes químicos, podendo-se dizer, no proposto por Weiner, que são geradoras de expectativas instáveis, levando a sentimento de fracasso e desanimo.

Conclusão

Este estudo objetivou identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), ou seja, se as causas do uso da droga decorrem de algum fator referente a si mesmo enquanto cuidador ou aos fatores externos a si mesmo. Identificou também os fatores relacionados a estabilidade (estáveis/instáveis), sendo os aspectos estáveis referente ao uso de droga como algo constante, permanente, duradouro e o instável relacionado ao tempo de uso como algo que pode mudar ou variar no futuro. O fator controlabilidade (controlável/incontrolável), refere-se aos aspectos de controle ou não sobre o uso da droga. Tais

aspectos designam os conceitos da Teoria da Atribuição Causal de Weiner (2004), abordando os elementos achados no presente estudo.

Identificar estes fatores de causalidades, significa compreender a responsabilização, culpabilização ou até mesmo a ausência destes aspectos na causa/justificativa da dependência química por parte dos cuidadores, apreendendo as suas percepções e sentimentos sobre a dependência química e o familiar usuário de substância psicoativa. O estudo demonstrou que os cuidadores se percebem como pessoas que não possuem o controle sobre as ações e os comportamentos do dependente químico, o que dificulta as possibilidades de ajuda. Atribuem a outros profissionais e instituições da área da saúde o controle do cuidado do seu familiar. Da mesma forma, possuem expectativas instáveis para o êxito e esforço despendidos no cuidado, desencadeando sentimentos de incompetência, constrangimento e desânimo. Ressalta-se, contudo, que de acordo com Weiner (2005), se um resultado negativo é designado a causas internas e estáveis, constantemente a consequência é o desânimo e a desistência. Não obstante, os resultados deste estudo referem a atribuição de locus de controle externa (outros poderosos) e a expectativa instável (tratamento/recaídas), emergindo a possibilidade de se formar uma expectativa de mudança de atribuição.

Referências

- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 270-77. doi:10.1590/S0101-60832007000600003
- Cerqueira, M. M. M. & Nascimento, E. (2008). Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. *PsicoUSF*, 13(2), 253-263. doi.org/10.1590/S1413-82712008000200012

- Danieli, R.V., Ferreira, M. B. M., Nogueira, J. M., Oliveira, L. M. C., Cruz, E. M. T. N. & Filho, G. M. A. (2017). Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(3):139-49. doi.org/10.1590/0047-2085000000163
- Ferreira, M. P. M. (2019). Teoria (s) da atribuição: um quadro explicativo para o rendimento acadêmico. *Revista Brasileira de Educação*, 24, e240037. doi.org/10.1590/s1413-24782019240037
- Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98. doi.org/10.1590/S0101-81082008000300003
- Levantamento Nacional de Família de Dependentes Químicos (LENAD Família). 2014. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. http://inpad.org.br/_lenad-familia/
- Maciel, S. C., Melo, J. R. F, Dias, C. C. V., Silva, G. L. S., & Gouveia, Y. B. (2014). Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 18-28. doi:10.15348/1980-6906
- Maciel, S. C.; Silva, F. F.; Pereira, C.; Dias, C. C. V. & Alexandre, T. M. O. (2018). Cuidadoras de Dependentes Químicos: Um Estudo sobre a Sobrecarga Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34416. Epub. doi.org/10.1590/0102.3772e34416
- Moraes, L. M. P.; Braga, V. A. B.; Souza, A. M. A. & Oriá, M. O. B. (2009). Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 32-42.

- Nolasco, M., Bandeira, M., Oliveira, M. S., & Vidal, C. E. L. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 89-97. doi:10.1590/0047-2085000000011
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 569-577. doi:10.1590/S1413-73722006000300013
- Santana, G. V.; Santos, J. L. S.; Santos, J. M. J; Alves, L. J.; Menezes, A. F., & Freitas, C. K. A. C. (2021). Perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 17(4), 7-13. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.155433
- Souza, J., Carvalho, A. M. P., & Teodoro, M. L. M. (2012). Esposas de alcoolistas: Relações familiares e saúde mental. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(3), 127-133. doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v8i3p127-133
- Weiner, B. (2004). Attribution theory revisited: Transforming cultural plurality into theoretical unity. Em *Research on Sociocultural influences on motivation and learning. Information Age Publishing, Inc.*, 13-29. [Links]
- Yamashita, C. H., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. C. (2010). Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. *O mundo da saúde*, 34(1), 20-24. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/02_original_Perfil.pdf
» http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/02_original_Perfil.pdf
- Xavier, M. F., Rodrigues, P. H. J., & Silva, M. H. C. R. (2014). A percepção da família no tratamento e suporte de dependentes químicos. *Encontro Revista de Psicologia*, 17(26), 99-110.
-

PERCEPÇÃO DO ESTIGMA SOCIAL DIRECIONADO À FAMÍLIA EM DECORRENCIA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

RESUMO

Estudos sugerem que muitos familiares que internalizam o estigma acerca da dependência química de um de seus membros experienciam sentimentos de desqualificação, tornando relevante a identificação da percepção do estigma sofrido e a associação com a tipificação da substância química (legal ou ilegal). Para tanto uma amostra de 111 participantes familiares cuidadores responderam de forma digital um Questionário Sociodemográfico e de Tipologia do Uso de Substâncias Químicas e a Escala de Estigma, analisados por estatística descritiva e multivariada. Os familiares de pessoas em dependência química têm idade entre variando entre 18 e 70 anos, na maioria do sexo feminino, casados, com escolaridade alta e renda familiar regular. As pessoas em dependência química têm idade variando entre 16 e 62 anos, a maioria do sexo masculino, casados, escolarização média e com renda própria. São dependentes em média à 15 anos, com uso de até 04 substâncias conjuntas (álcool, maconha, cocaína e crack), com tratamento e reincidência. Os resultados indicam a presença de estigma internalizado moderado, com as maiores médias e correlação nos fatores Aprovação do Estereótipo seguido da Resistencia ao Estigma. Não foi encontrado diferença estatística significativa entre a percepção de estigma em relação ao uso de substância legal (álcool) e ilegal (maconha, cocaína e crack). Dentre os itens, apenas a afirmação de não poder ter vida boa e plena da dimensão Resistencia ao Estigma, maior entre os familiares de dependentes de substâncias ilegais e da dimensão Percepção de Discriminação associado à credibilidade social em relação ao que se pode alcançar na vida, maior entre os familiares de dependentes de substância legal (álcool), apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de substâncias. Confirma-se, assim, que a percepção do estigma dirigido ao seu grupo de pertença resulta em autopercepções negativas ao tomar para si os estereótipos e estigmas sociais acerca do familiar dependente químico, independente da tipificação da substância psicoativa.

Palavras-chave: Estigma, Dependência Química, Família.

ABSTRACT

Studies suggest that many family members who internalize the stigma about the chemical dependence of one of their members experience feelings of disqualification, making relevant the identification of the perception of the stigma suffered and the association with the typification of the chemical (legal or illegal). For this, a sample of 111 family-caregiver participants digitally answered a Sociodemographic and Typology Questionnaire on the Use of Chemical Substances and the Stigma Scale, analyzed by descriptive and multivariate statistics. The relatives of people in chemical dependence are between 18 and 70 years old, mostly female, married, with high education and regular family income. People in chemical dependence are between 16 and 62 years old, most of them male, married, middle schooling and with their own income. They are dependent on average to 15 years, with use of up to 04 joint substances (alcohol, marijuana, cocaine and crack), with treatment and recurrence. The results indicate the presence of moderate internalized stigma, with the highest means and correlation in the factors Stereotype Approval followed by Resistance to Stigma. No statistically significant difference was found between the perception of stigma in relation to the use of legal (alcohol) and illegal substances (marijuana, cocaine and crack). Among the items, only the statement of not being able to have a good and full life of the Dimension Resistencia to Stigma, higher among family members of dependents of illegal substances and the dimension Perception of Discrimination associated with social credibility in relation to what can be achieved in life, higher among relatives of dependents of legal substance (alcohol), statistically significant difference between the two groups of substances. Thus, it is confirmed that the perception of stigma directed to their group of belonging results in negative self-perceptions when taking for themselves the stereotypes and social stigmas about the chemical dependent family member, regardless of the typification of the psychoactive substance.

Keywords: Stigma, Chemical Dependency, Family.

INTRODUÇÃO

Erving Goffman (1963), denomina a palavra estigma em sua obra *Stigma: notes of management of spoiled* caracterizado como um traço, marca, que enquadra os indivíduos que a possuem como algo negativo, desvalorizado, e excluído da sociedade. O estigma é caracterizado como um aspecto significativo, porém de forma negativa, limitante, segregadora e excludente na vida dos indivíduos. As consequências do seu impacto refletem e repercutem na qualidade de vida, autoestima, autoconceito, e apoio social dos indivíduos em sociedade, impedindo que estes desenvolvam suas funções sociais.

É considerado como uma temática de grande importância, sendo estudado na Psiquiatria, Sociologia e Psicologia, entretanto, seus estudos e pesquisas apresentam uma carência e falta de clareza a respeito do seu conceito na literatura (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984, Link & Phelan 200; Silveira et.al, 2011). Por aparecerem de formas variadas, o estigma contém aspectos que podem ser visíveis, invisíveis, aparentes ou não. São caracterizados por aspectos controláveis, incontroláveis, estando ou não atrelados a aparência das pessoas (Silveira et.al., 2011). Pessoas com traços estigmatizantes são descredibilizadas aos olhos da sociedade, possuindo identidades estigmatizadas e ocultas (Goffman, 1963).

Dois tipos de estigma foram definidos por Soares et al (2011), o estigma público ou social e o estigma internalizado. O estigma social é quando a sociedade ou um grupo de pessoas não aceita e desvaloriza as características de um indivíduo que apresenta peculiaridades, sejam físicas ou pessoais, que fogem à norma, levando a atitudes e reações negativas, julgamentos morais e discriminação por parte da sociedade. Thornicroft (2006) relaciona o estigma social à combinação de três elementos: ignorância no sentido da falta de conhecimento e desinformação; preconceito diante de atitudes negativas; e discriminação, o que contribui para a exclusão.

O estigma internalizado, foco deste estudo, é uma consequência direta do estigma social, no qual ocorre uma internalização do estigma sofrido, ou seja, o indivíduo, ao ter consciência dos estereótipos negativos associados à sua circunstância, concorda, aplica e reproduz essas crenças desfavoráveis sobre si mesmo, atrapalhando sua qualidade de vida e o convívio social (Soares et al., 2011), ou seja, endossa (consciência dos estereótipos), concorda e aplica esses estereótipos a si mesmo. Segundo Bruno Marson Malagodi et al. (2019), o processo de internalização do estigma gera diminuição de autoestima, autoconfiança e autoeficácia, percepção de descrédito, sentimentos de vergonha, culpa, angústia, raiva ou auto reprovação, com várias implicações práticas na vida. De acordo com Silveira et.al., (2011), tal fato se dá principalmente em relação aos usuários de substâncias psicoativas, cujo uso é visto como escolha, portanto uma questão moral, com perspectivas limitadas de recuperação, consequentemente reforçando o isolamento social do indivíduo e a hesitação para a busca de ajuda profissional e tratamento adequado para sua condição (Bruno Marson Malagodi et al., 2019).

O estigma acerca das pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas acompanha também os familiares cuidadores, designados como codependentes, que compartilham o sentimento de exclusão, repulsa e hostilidade por parte da sociedade. Partindo desta condição, se tem como objetivo identificar a percepção do estigma sofrido, assim como a rejeição interpessoal ligada ao estigma em decorrência de um membro familiar dependente químico.

Método

Caracterização do Estudo

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com design quantitativo e amostragem não probabilística (por conveniência).

Amostra

A população deste estudo foi constituída por famílias em que um de seus membros é dependente químico. De acordo com o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (2014), feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), ao menos 28 milhões de pessoas no Brasil têm algum familiar que é dependente químico, ou seja, para cada dependente químico existem outras quatro pessoas afetadas. Estes números permitem inferir aproximadamente 7.000.000 famílias atingidas.

A amostra foi composta por um representante familiar de cada família contactada que se dispôs a participar do estudo, preferencialmente aquela com maior vínculo de cuidado com o familiar em dependência química, contabilizando um total de 111 participantes. Os respondentes tiveram origem distribuídas em 70 diferentes cidades de 21 Estados brasileiros (Norte = 02; Nordeste = 09; Centro-Oeste = 03; Sudeste = 04; Sul = 05), dos quais, 57% residem em capitais e 43% em cidades interioranas. A familiaridade com o dependente químico se deu, para a maioria, enquanto filho (a) (43%), seguido de conjugalidade (22%), irmã (o) (12%) e pais (3%), além e 21% que se declararam como familiar cuidador intitulando-se como “outra categoria” de familiaridade não descrita. Dentre os respondentes, 85% afirmaram ser a pessoa mais próxima do dependente químico, dos quais, 10% estão na categoria “outros”. Não obstante, doravante todos os respondentes serão intitulados como familiares de pessoas em dependência química.

Como critério de inclusão foi observado a necessidade de ter 18 anos ou mais, residir com o dependente químico, ter algum vínculo familiar e aceitar participar voluntariamente do estudo. O critério de exclusão consistiu em não se enquadrar em um dos critérios de inclusão estabelecidos ou possuir algum tipo de incapacidade para responder.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e de Tipologia do Uso de Substâncias Químicas: visando construir um perfil da família, contido em três blocos. O primeiro bloco contou com itens acerca dos dados pessoais do familiar respondente (por exemplo: sexo, idade, estado civil, situação profissional, parentesco e proximidade com o dependente químico, etc.). O segundo sobre o familiar dependente químico (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, tipo de substância, tempo de uso, etc.). O terceiro bloco contou com itens que visou a família (por exemplo: número de integrantes). As respostas foram apresentadas de forma descritivas.

Escala de Estigma Percebido: Versão brasileira adaptada por Soares (2011), possui 29 itens divididos em cinco subescalas: Alienação (06 itens); Aprovação do Estereótipo (07 itens); Percepção de Discriminação (05 itens); Evitação Social (06 itens); e Resistência ao Estigma (05 itens). Respondida em escala de Likert de cinco pontos varia desde discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5), para o presente estudo foi focada para o familiar de dependente químico (originalmente era para o próprio dependente). Foi verificada a confiabilidade e validade de construto através de Análise Fatorial e do Coeficiente Alpha de Cronbach (escore total e subescalas).

Procedimentos e Considerações éticas

A coleta de dados foi realizada no ano de 2021, através de formulário online contendo instruções de programação e os instrumentos do estudo. Os dados enviados foram armazenados no servidor da internet, juntamente com informações relativas à data e hora de preenchimento e o endereço de IP dos computadores dos respondentes, evitando assim a duplicidade de participação. Foram obedecidos aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos dados

Os resultados do Questionário Sociodemográfico e de Tipologia do Uso de Substâncias Químicas foram apresentados de forma descritiva. A Escala de Estigma Percebido utilizou estatística descritiva e inferencial com o uso o test t e o teste de Correlação Linear de Pearson.

Resultados e Discussão

Os familiares de pessoas em dependência química têm, em média, 39 anos (DP = 11,4; variando entre 18 e 70 anos), são do sexo feminino (88%); 56% são casados; 30% solteiros; 12% divorciados e 3% viúvos. Em relação à cor/raça, 43% se declararam brancos, 39% pardos e 15% negros. A escolaridade pode ser considerada alta (29% possuem ensino superior e 24% pós-graduação; 40% têm ensino médio e 6% fundamental) no entanto, renda familiar baixa (44% até R\$ 2.000,00; 41% entre R\$2 e 5.000,00; e 14% acima de 5.000,00.).

Conforme informaram os familiares, as pessoas em dependência química em questão, tem média de idade de 37 anos (DP=11,9; variando entre 16 e 62 anos), a maioria é do sexo masculino (80%), 49% é casado ou solteiro (43%), considerados de cor/raça parda (45%), branca (41%) ou preta (12%). A escolarização, para a maioria, é ensino médio (44%) ou fundamental (31%) e apenas 22% com ensino superior (dos quais 5% com pós-graduação). Os familiares afirmaram que 59% das pessoas em dependência química pelos quais respondem possui renda própria, sendo 41% dependentes financeiramente. A tabela 1 apresenta os dados dos familiares e das pessoas em dependência química. (Tabela 01).

Tabela 1*Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química*

		Familiares		Dep. Químico	
		N	%	N	%
Faixa Etária	16 – 29 anos	24	22	34	31
	30 – 49 anos	64	58	57	51
	50 – 70 anos	23	21	20	18
Sexo	Masculino	13	12	89	80
	Feminino	98	88	22	20
Estado Civil	Casado	62	60	55	49
	Solteiro	33	30	48	43
	Divorciado	13	12	08	07
	Viúvo	03	03	-	-
Cor/Raça	Branca	48	43	46	41
	Parda	43	39	50	45
	Negra	17	25	13	12
Escolaridade	Sem escolarização	01	01	02	02
	E. Fundamental	07	06	35	31
	E. Médio	44	40	49	44
	E. Superior	32	29	19	17
	Pós-graduação	27	24	6	05
Renda	Até R\$ 1.000,00	14	13	66	59
Familiar (R\$)	1.001,00 à 2.000,00	35	31	45	41
	2.001,00 à 5.000,00	46	41		
	5.001,00 à 10.000,00	09	08		
	Acima de 10.000,00	07	06		

Em relação à dependência química de seu familiar, a maioria refere tempo de uso bastante variado, em média, 15 anos (DP = 10,8; variando de um 01 a 50 anos), a maioria fazendo uso de até 04 substâncias conjuntas, sendo o álcool o mais referido (22%) de forma única, percentual que aumenta quando analisado em conjunto com outras substâncias.

Questionados acerca de tratamento de desintoxicação, os familiares referem que 52% já fez tratamento anteriormente e 40% se encontram em tratamento (Tabela 02).

Tabela 2

Tipologia do Uso de Substâncias Químicas

	Variáveis	N	%
Tempo de Uso	01 – 5 anos	25	22
	06 – 10 anos	26	23
	11 – 20 anos	32	29
	21 – 30 anos	17	15
	31 – 40 anos	06	5
	41 – 50 anos	02	2
Tipo de Substância	Alcool	25	22
	Alcool; Cocaína	16	14
	Alcool; Maconha; Cocaína	12	11
	Cocaína	12	11
	Maconha	10	11
	Alcool; Crack	7	6
	Cocaína; Crack	7	6
	Maconha; Cocaína	6	5
	Alcool; Maconha; Cocaina;	5	4
	Crack	7	6
	Alcool; Maconha	1	1
	Alcool; Maconha, Crack	1	1
	Maconha, cocaína, crack	1	1
	Alcool; Cocaina; Crack	1	1
	Outra	4	4
Tratamento Anterior	Sim	58	52
	Não	53	48
Tratamento Atual	Sim	44	40
	Não	67	60
Outros usuários na Família	Sim	51	46
	Não	60	54

Ao analisar as evidências Psicométricas da Escala de Estigma Internalizado decidiu-se por manter sua estrutura original com 05 (cinco fatores) explicando conjuntamente 54,7% da variância (h^2 variando entre ,442 e ,824). A confiabilidade da escala para esta amostra foi determinada pelo cálculo dos coeficientes de consistência interna de todos os itens em conjunto, apresentando Alpha de Cronbach de ,855 (29 itens). Os resultados mostraram que a escala apresentou índices satisfatórios de confiabilidade podendo ser classificada em moderada a elevada.

Após a recodificação dos itens do Fator 5, referente à resistência ao estigma, foram feitas as análises estatísticas descritivas (Médias, Desvio Padrão e Intervalo), tanto do fator como de cada item que o compõe, considerando-se a seguinte possibilidade intervalar: Alienação (6 – 30); Aprovação do Estereótipo (7 – 35); Percepção de Discriminação (5 – 30); Evitação Social (6 – 35); Resistencia ao Estigma (5 – 25). Neste sentido, quanto maior a média ou soma, maior será o Estigma Internalizado.

Os resultados considerando o estigma total, representado por todos os itens da escala em conjunto (podendo variar de 29 a 145), aponta para um estigma internalizado moderado ($M= 71,11$; $Md=71,00$; $DP=10,49$; intervalo 44 – 94). Observa-se que as maiores médias foram pontuadas nos fatores Aprovação do Estereótipo, seguida da Resistencia ao Estigma. No entanto, ao analisar as médias dos itens, observa-se que, apesar do fator Aprovação do Estereótipo apresentar média geral maior, apenas um item pontuou acima do ponto de corte (3), enquanto todos os itens do fator de Resistencia ao Estigma pontuaram. A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas das pontuações da Escala de Estigma Internalizado.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas da Escala de Estigma Internalizado

Estigma Internalizado	M	DP	Intervalo
------------------------------	----------	-----------	------------------

F1 – Alienação (6-30)	16,83	3,30	6 – 25
B1. Você se sente fora de lugar no mundo por ter um familiar em dependência química.	2,96	1,34	1 – 5
B5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter um familiar em dependência química.	2,28	,98	1 – 5
B8. Você se sente inferior aos outros que não possuem familiar em dependência química.	2,50	1,04	1 – 5
B16. Você está desapontado por ter um familiar com dependência química.	2,54	,92	1 – 4
B17. Ter um familiar dependente químico tem prejudicado sua vida.	3,53	1,15	1 – 5
B21. Pessoas que não tem familiares com dependência química possivelmente não conseguiriam te compreender.	3,02	1,22	1 – 5
F2 – Aprovação do Estereótipo (7 – 35)	19,73	5,24	7 – 31
B2. Pessoas com dependência química tendem a ser violentas.	2,88	1,10	1 – 5
B6. Pessoas com dependência química não deveriam se casar.	2,93	1,20	1 – 5
B10. Pessoas com familiares em dependência química não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.	2,72	1,15	1 – 5
B18. As pessoas percebem que você tem um familiar dependente químico pela aparência.	3,70	1,12	1 – 5
B19. Por você ter um familiar dependente químico, você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.	2,56	1,10	1 – 5
B23. Você não pode contribuir com nada para a sociedade por ter um familiar dependente químico.	2,26	,871	1 – 5
B29. As imagens sobre os dependentes químicos se aplicam a você.	2,68	1,20	1 -5
F3 – Percepção de Discriminação (5 -25)	16,92	2,77	5 – 23
B3. As pessoas te discriminam por você ter um familiar que é dependente químico.	3,52	,98	1 – 5

B15. As pessoas frequentemente te tratam com condescendência apenas porque você tem um familiar com dependência química	3,30	1,02	1 – 5
B22. As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem um familiar dependente químico.	3,49	1,03	1 – 5
B25. Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque tem um familiar dependente químico.	3,87	,992	1 – 5
B28. O outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por ter um familiar dependente químico.	2,74	1,13	1 – 5
F4 – Evitação Social (6 -30)	16,22	4,39	6 – 26
B4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem familiares em dependência química para evitar rejeição.	3,16	1,16	1 – 5
B9. Você não se socializa tanto quanto costumava porque ter um familiar dependente químico poderia te fazer ou se comportar “estranho”	2,33	1,15	1 – 5
B11. Você não fala muito sobre seu familiar porque não quer incomodar aos outros com seu problema familiar.	2,74	1,211	1 – 5
B12. Imagens negativas sobre a dependência química te mantem afastado do mundo “normal”.	3,32	1,17	1 – 5
B13. Estar rodeado por pessoas que não tem um familiar dependente químico te faz sentir fora de lugar ou inadequado.	2,77	1,18	1 – 5
B20. Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.	1,90	,820	1 – 4
F5 – Resistência ao Estigma (5-25)	18,32	2,83	11 – 25
B7. As pessoas com dependência química não fazem importantes contribuições para a sociedade.	3,63	1,14	1 – 5
B14. Você não se sente à vontade quando está em público na companhia de seu familiar dependente químico.	3,56	1,14	1 – 5
B24. Viver com uma pessoa em dependência química não te tornou um forte sobrevivente.	4,18	,822	1 – 5
B26. Geralmente, você não é capaz de viver uma vida como você quer.	3,78	,948	2 – 5

B27 – Você não pode ter uma vida boa, plena, por ter seu familiar dependente químico.	3,17	1,14	1 – 5
---	-------------	------	-------

Na análise das médias por itens, de modo geral, pode-se verificar que os familiares de pessoas em dependência química sentem que tem sua vida prejudicada frente ao estigma social imposto, inclusive afirmando que esta situação não o fortalece (B24 - item com maior média geral). Os participantes deste estudo se percebem fragilizadas, com pouca resistência ao estigma, dado acreditar que as pessoas discriminam por ter um familiar que é dependente químico (B3) que é reconhecido pela aparência (B18), passando a tratar os familiares com condescendência (B15), não levando à sério ou ignorando (B22). Por isso, os familiares evitam se aproximar daqueles que não vivem a mesma situação (B4) por acreditar que ninguém se interessaria em se aproximar (B25). Sendo assim, imagens negativas sobre a dependência química os mantem afastado do mundo “normal” (B12), prejudicando sua vida (B17).

Estes resultados são confirmados através do estudo das correlações (Pearson). Foi verificado correlação estatisticamente significativa entre os escores totais da escala e de quatro subescalas, uma vez que a Percepção de Discriminação não obteve significância estatisticamente significativa. A subescala Resistência ao Estigma apresentou correlação negativa com a Escala total (ISMI) e com as variáveis Aprovação do Estereótipo e Evitação Social, bem como, positiva com a Alienação. As subescalas Aprovação do Estereótipo, Evitação Social e Alienação apresentaram os maiores índices de correlação com as outras subescalas da ISMI Brasil e com o escore total. Os coeficientes de correlação entre as pontuações do escore total e das subescalas da ISMI são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Correlações entre o Escore Total e das 5 Subescalas da ISMI Adaptada para Dependentes de Substâncias

	Alienação	Aprovação	Percepção de	Evitação	Resistencia
		Estereótipo	Discriminação	Social	ao Estigma
ISMI (Total)	,851**	,925**	,066	,880**	-,391**
Alienação	-	,704**	,186	,693**	,391**
Aprovação		-	,010	,816**	-,509**
Estereótipo					
Percepção de			-	,023	-,027
Discriminação					
Evitação Social				-	-,608**

*p<0,01,**p<0,05

Diferente do esperado, não foi encontrado diferença estatística significante entre a percepção de estigma em relação ao uso de substância legal (álcool) e ilegal (maconha, cocaína e crack). Dentre todos os itens, apenas o B27 (*Você não pode ter uma vida boa, plena, por ter seu familiar dependente químico*) da dimensão Resistencia ao Estigma e o B28 (*O outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por ter um familiar dependente químico*), da dimensão Percepção de Discriminação, apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de substâncias. A resistência ao estigma referente a percepção de que não pode ter uma vida plena, é maior entre os familiares de dependentes de substâncias ilegais (M=3,33; DP=1,11; $t=2,715$; $p=0,01$), enquanto a percepção de ser discriminado associado à credibilidade social em relação ao que se pode alcançar na vida, é maior entre os familiares de dependentes de substância legal, no caso o álcool (M=1,13; DP=1,09; $t=2,575$; $p=0,01$).

Conclusão

Estes resultados remetem à várias teorias da Psicologia Social, a exemplo da teoria da comparação social (Festinger, 1954); teoria da identidade social (Tajfel & Turner, 1986), que afirmam que a percepção do estigma dirigido a si ou ao seu grupo de pertença resultaria em autopercepções negativas e consequentemente, ao comprometimento da autoestima. Desta forma, a identidade social real do familiar passa a ser substituída pela identidade social virtual, isto é, a identidade de “dependente químico” (Goffman, 1963), ou seja, os familiares igualmente fazem atribuições e elaboram interpretações acerca dessa experiência, tomando para si os estereótipos e estigmas sociais acerca do familiar dependente químico. O estigma, quando internalizado pelos familiares, refere à aceitação e aplicação dos estereótipos.

A dependência de álcool e outras drogas sempre foi representada no imaginário social como problema associado à criminalidade e periculosidade, reforçando a construção de um discurso coletivo permeado de estigma e preconceito relacionado às pessoas que consomem substâncias psicoativas, desencadeando a marginalização e segregação social (Bard, Antunes, Roos, Olschowsky & Pinho, 2016). A dependência química se expressa por meio de condutas em que o indivíduo infringe regras e descumpre combinações com suas responsabilidades e compromissos, o que afeta as suas relações interpessoais, de forma especial, a família, contexto em que os indivíduos interagem por meio das relações emocionais e da história da qual fazem parte e compartilham entre si. Por consequente, o cotidiano com um indivíduo dependente químico repercute na dinâmica de toda a família, o que gera fragilidade nos vínculos afetivos e dificuldades nas relações familiares, fazendo com que a família vivencie, no seu cotidiano, sentimento de insegurança e incertezas e passe a conviver com crises e desordens (Soccol, Terra, Ribeiro, Teixeira, Siqueira, Mostardeiro, 2014).

Os resultados deste estudo contribuem na discussão e visibilização da importância de entender a dependência química enquanto uma experiência que não é somente individual, mas

que faz parte das relações do indivíduo com os grupos e seus contextos de vida, especialmente do familiar mais próximo, aquele que faz parte de suas redes de relações e afetos.

Referências

- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D.T. Gilbert & S.T. Fiske (Eds.), *The Handbok of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Goffman, E. (1963). *Stigma - Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Levantamento Nacional de Família de Dependentes Químicos (LENAD Família). 2014. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. http://inpad.org.br/_lenad-familia/
- Malagodi, B. M., Greguol, M., Carraro, A., Serassuelo Junior, H. (2019). Estigma internalizado de indivíduos em tratamento para dependência química e sua relação com a prática de atividade física. *Movimento*, Porto Alegre, v. 25, e25050.
- Silveira, P. S.; Martins, L. F.; Soares, R. G.; Gomide, H. P. & Ronzani, T. M. (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 131-138.
- Soares, R. G. (2011). Validação da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado de Doença Mental (ISMI) Adaptada para Dependência de Substâncias. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESILIÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Resumo

Fundamentado no modelo de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993), este estudo tem como objetivo verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social de por familiar de pessoas em dependência química. Utilizou o Questionário de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993) que permite avaliar o perfil de resiliência familiar, ou seja, a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise e o de Tipologia do Uso de Substâncias Químicas, visando construir um perfil da família. Verificados a confiabilidade e validade de construto através de Análise Fatorial e Coeficiente Alpha de Cronbach (escore total e subescalas), foi utilizada análise estatística descritiva e multivariada com o uso o test t e Anova e o teste de Correlação de Pearson (r). Confirmados os parâmetros psicométricos da escala, observa-se flexibilidade média, baixa coerência e envolvimento familiar e muito fraco suporte social. Os dados indicam que, embora considerem a participação de toda a família, incluindo o familiar em dependência química, na forma de lidar com os problemas e a partilha de responsabilidades (flexibilidade), existe pouca habilidade para lidar com a situação (coerência), bem como, dificuldade na comunicação, expressão de sentimentos e proximidade que poderiam implicar em maior bem-estar geral (envolvimento). Estudos correlacionais apontam que a Resiliência correlacionou-se positiva e fortemente à Flexibilidade ($r=,815$; $p=,00$), forte com o Envolvimento ($r=,716$; $p=,00$) e moderadamente com o Suporte Social ($r=,595$; $p=,00$) e Coerência Familiar ($r=,415$; $p=,00$). A Flexibilidade apresentou correlações significativas moderadas com o Envolvimento ($r=,423$; $p=,00$) e Suporte Social ($r=,376$; $p=,00$). Estes resultados podem indicar que quanto maior o envolvimento familiar e o suporte social, maior a flexibilidade, e, através desta, maior a resiliência.

Palavras-chave: Resiliência, Família e Dependência Química.

FAMILY RESILIENCE IN THE CONTEXT OF CHEMICAL DEPENDENCE

ABSTRACT

Based on the Model of Resilience, Stress, Adjustment and Family Adaptation (McCubbin & McCubbin, 1993), this study aims to verify the capacity of family resilience considering the Coherence, Flexibility, Involvement and Social Support of family members of people in chemical dependency. The Resilience, Stress, Adjustment and Family Adaptation Questionnaire (McCubbin & McCubbin, 1993) was used to evaluate the profile of family resilience, i.e., how the family responds to stress and crisis situations and the Typology of Chemical Substances Use, in order to build a family profile. After verified the reliability and validity of construct through Factor analysis and Cronbach's Alpha Coefficient (total score and subscales), descriptive and multivariate statistical analysis was used using test t and Anova and pearson correlation test (r). Once the psychometric parameters of the scale are confirmed, mean flexibility, low coherence and family involvement and very weak social support are observed. The data indicate that, although they consider the participation of the whole family, including the family member in chemical dependence, in the way of dealing with problems and the sharing of responsibilities (flexibility), there is little ability to deal with the situation (coherence), as well as difficulty in communication, expression of feelings and proximity that could imply greater general well-being (involvement). Correlational studies indicate that Resilience was positively and strongly correlated with Flexibility ($r=,815$; $p=,00$), strong with Involvement ($r=,716$; $p=,00$) and moderately with Social Support ($r=,595$; $p=,00$) and Family Coherence ($r=,415$; $p=,00$). Flexibility showed moderate significant correlations with Involvement ($r=,423$; $p=,00$) and Social Support ($r=,376$; $p=,00$). These results may indicate that the greater the family involvement and social support, the greater the flexibility, and, through this, the greater the resilience.

Keywords: Resilience, Family and Chemical Dependency.

Introdução

O modo como os indivíduos se comportam e superam as suas dificuldades, tragédias, conflitos e angústia é para a psicologia uma temática para estudos, pesquisas e discussões. Este enfrentamento pode constituir um processo de conquista de equilíbrio e de desenvolvimento individual e familiar quando ocorre a gestão simultânea de várias componentes da dinâmica familiar, tais como: a comunicação e a organização familiares, a autonomia e a autoestima dos seus elementos, a manutenção das relações familiares e com a comunidade, a manutenção de esforços que controlem o impacto do acontecimento, e a quantidade de mudanças suscitadas no sistema. Deste modo, as estratégias de coping não surgem instantaneamente e sofrem modificações constantes ao longo do tempo, tentando dar respostas às exigências distintas de cada etapa do ciclo vital e à constante mutação familiar.

A capacidade com a qual as pessoas e suas famílias passam por dificuldades e as resignificam é conceituada como Resiliência (Pinheiro, 2004). A resiliência é, neste sentido, entendida como um constructo multidimensional, onde estão implícitas não só competências psicológicas, mas também a capacidade dos indivíduos recorrerem aos diversos sistemas do seu contexto (por exemplo, família, rede social) para melhor lidar com situações de adversidade. Concorde-se assim que a resiliência é assim entendida como um conjunto de traços de personalidade, qualidades e competências individuais, relativamente estáveis, que estão associadas à capacidade de superar e ultrapassar a adversidade e lidar com o stress (Cunha & Alves, 2016; Pereira, Cardoso, Albuquerque & Alves, 2016). Segundo estes autores, as pessoas resilientes são vistas como mais flexíveis que as pessoas vulneráveis e lidam com as situações de stress ou adversidades usando diversos recursos protetores, quer individuais quer interpessoais e contextuais. Ressaltam, contudo, que a resiliência não protege os indivíduos dos acontecimentos de vida adversos, ou seja, os indivíduos resilientes podem sentir perturbações transitórias no funcionamento normal, porém, mostram uma capacidade de lidar de forma mais

funcional e flexível com esses acontecimentos, exibindo uma trajetória estável de funcionamento saudável ao longo do tempo.

Diante do contexto social atual, as adversidades se fazem cada vez mais presente no cotidiano, o que demanda dos indivíduos uma busca por alternativas para lidarem com as mudanças presentes e futuras, a capacidade de construir laços de afetivos, profissionais e projetos de vida, fazendo da resiliência um desafio para sociedades futuras. Pinheiro (2004), refletindo acerca do futuro e o modo como as pessoas devem se comportar para se adaptarem a situações de vulnerabilidade e conflitos, sugere a compreensão de quais são as situações de risco e as situações de proteção individuais e coletivas. Sendo assim, refletir acerca da resiliência no contexto familiar é compreender que a família como um sistema apresenta aspectos e comportamentos particulares, onde cada um de cada um de seus integrantes apresentam aspectos que impactam no bem-estar geral e individual, podendo apresentar doenças que afetam a saúde física ou mental de seus integrantes (Peixoto e Martins, 2012). Estes autores observam que, ao passar por problemas de saúde, a família passa por mudanças, antes, durante e depois da adversidade sendo possível perceber os seus impactos em toda a sua estrutura, processo e emoções, o que demanda cada vez mais a visão nos aspectos biopsicossociais familiares.

O modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin & McCubbin (1993) tem como objetivo explicar o potencial da família para enfrentar situações de crise e compreender os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação à situações de doença. Em outras palavras, busca compreender de que forma, frente a um acontecimento estressor a exemplo de uma patologia em um membro da família, mantém o equilíbrio a partir dos recursos disponíveis, além de analisar e avaliar os padrões de resolução de problemas e de enfrentamento familiar. Desta forma, a resiliência familiar consiste no enfrentamento bem-

sucedido dos integrantes da família em situação de vulnerabilidade, que lhes possibilita desenvolverem-se de forma afetiva, com suporte e coesão.

Como elementos conceituais de base ao modelo, emergem os aspectos estressores, o tipo de família, o padrão de funcionamento, a vulnerabilidade, os recursos familiares, o suporte social, a resolução de problemas, o enfrentamento e a apreciação cognitiva (Martins, 2006; McCubbin & McCubbin, 1993). Estes aspectos são definidos como: 1) Elementos estressores (as ameaças e mudanças que interferem no bem-estar e dinâmica da família); 2) O tipo de família (as características que justificam a dinâmica familiar de enfrentamento as várias situações, ou seja, é um preditor dos padrões de funcionamento familiar frente as dificuldades); 3) A vulnerabilidade (a capacidade para se adaptar a vida nova, dependendo de fatores psicossociais que intervêm na reação ao estresse); 4) Os recursos familiares (os mecanismos e estratégias que a família possui para enfrentar as adversidades; 5) Suporte social (um mediador entre o estresse e a qualidade de vida relacionada com a saúde, ou seja, os recursos da comunidade e apoio que as pessoas podem usar ao se deparar com fatores estressores); 6) A resolução de problemas e as estratégias de enfrentamento (estratégias e habilidades que a família usa para enfrentar os estressores, driblando situações de crise familiar); 7) Apreciação cognitiva (reúne a avaliação dos estressores, a avaliação da situação e a avaliação da dinâmica familiar, culminando na avaliação que a família faz sobre como um evento estressor influencia todo o processo).

Sendo assim, o Modelo de Resiliência Familiar representa uma extensão das teorias de stress familiar, contribuindo para a compreensão dos processos ativos que as famílias utilizam para equilibrar as exigências com as capacidades das famílias, e que as podem conduzir a um nível de ajustamento ou adaptação familiar. Ao considerar o coping como um processo ativo que integra não só a utilização de recursos familiares existentes, mas também o desenvolvimento de novos comportamentos que ajudem a fortalecer a unidade familiar e a

reduzir o impacto dos acontecimentos de stress (McCubbin, McCubbin, Nevin, & Cauble, 1981), refere-se a estratégias ativas ou passivas, padrões e comportamentos que são desenvolvidos para manter ou fortalecer a unidade familiar, conservar a estabilidade emocional e o bem-estar dos membros da família, procurar ou utilizar recursos familiares ou da comunidade e desencadear esforços para resolver as dificuldades criadas pelo acontecimento de stress (McCubbin & McCubbin, 1996). Nesse sentido, ao trabalhar com famílias com entre em dependência química, é importante avaliar o enfrentamento parental, no observando se a adaptação está sendo positiva ou se é necessária uma intervenção no sentido de melhorar as respostas e a vida familiar (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 2001).

Levando em consideração que dependência química de um familiar é um evento estressor para a família, o Perfil de Resiliência da Família (Mudanças Familiares, Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar e Suporte Social da Família) pode ser um aspecto indicativo da sobrecarga e nível de bem-estar do familiar cuidador. (McCubbin & McCubbin, 1993). Diante do exposto, este estudo tem como objetivo verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social de um membro familiar de dependente químico, bem como a construção desse perfil e sua Tipologia do Uso de Substâncias Químicas.

Método

Caracterização do Estudo

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com design quantitativo e amostragem não probabilística (por conveniência).

Amostra

A população deste estudo foi constituída por famílias em que um de seus membros é dependente químico. A amostra foi composta por um representante familiar de cada família contactada que se dispôs a participar do estudo, preferencialmente aquele com maior vínculo de cuidado com o familiar em dependência química, contabilizando um total de 111 participantes.

Como critério de inclusão foi observado a necessidade de ter 18 anos ou mais, residir com o dependente químico, ter algum vínculo familiar e aceitar participar voluntariamente do estudo. O critério de exclusão consistiu em não se enquadrar em um dos critérios de inclusão estabelecidos ou possuir algum tipo de incapacidade para responder.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e de Tipologia do Uso de Substâncias Químicas: visando construir um perfil da família, contido em dois blocos. O primeiro bloco contou com itens acerca dos dados pessoais do familiar respondente (por exemplo: sexo, idade, estado civil, situação profissional, parentesco e proximidade com o dependente químico, etc.). O segundo sobre o familiar dependente químico (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, tipo de substância, tempo de uso, etc.). As respostas foram apresentadas de forma descritivas.

O Questionário de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993) permite avaliar o Perfil de Resiliência Familiar, ou seja, a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise. Adaptado para o contexto português por Santos (2012), contempla 5 escalas, das quais 4 serão utilizadas neste estudo (totalizando 35 itens), cada uma representando um domínio que funciona como fator facilitador da resiliência:

A escala de Coerência Familiar, diz respeito ao sistema de crenças, a atitude otimista e a espiritualidade da família avaliando as habilidades para lidar com eventos e mudanças. Possui

04 itens respondida através de uma escala de medida tipo Likert de quatro pontos (discordo totalmente (0), discordo (1), não concordo nem discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4)), com pontuação final variando entre 4 e 16, sendo os valores mais elevados indicativos de uma melhor coesão familiar.

A escala de Flexibilidade Familiar avalia a integração familiar, ou seja, a participação dos integrantes nas decisões familiares, incluindo o membro em dependência química, a forma de lidar com os problemas e a partilha de responsabilidades. Constituída por 07 itens com escala de medida tipo Likert (quase nunca (1), uma vez por outra (2), algumas vezes (3), frequentemente (4) e quase sempre (5)). A pontuação final da escala varia entre 7 e 35 pontos, sendo que todos os itens foram invertidos para que pontuações mais elevadas fossem indicativas de uma maior flexibilidade familiar.

A escala de Envolvimento Familiar (07 itens) se refere à comunicação, clareza de expressão emocional e coesão familiar, ou seja, o relacionamento e proximidade entre os integrantes da família e suas implicações no bem-estar geral. Também variando de nunca a sempre, a pontuação final varia de 7 a 35 pontos.

A escala de Suporte Social, em que é avaliado a interação social com a própria família, amigos, vizinhos, instituições e recursos acessíveis da comunidade, com 17 itens, visa identificar de que forma a família se sente integrada na comunidade, a vê como um recurso e como sente o apoio emocional e suporte dos amigos e familiares. Com escala de respostas variando de 0 a 4, a pontuação total situa-se entre 0 e 68 pontos. Ressalta-se que seis dos itens (7, 9, 10, 13, 14 e 17) foram invertidos para que maior pontuação correspondesse a maior suporte. Desta forma, a pontuação geral total da escala é de 68 pontos, quanto maior a pontuação, maior também a resiliência familiar. A determinação do perfil de resiliência é realizada conforme a tabela 1.

Tabela 1*Perfil de Resiliência Familiar: distribuição da pontuação das escalas pelos diferentes níveis*

Escalas	Baixo	Médio	Alto	Classificação familiar
Coerência familiar	0 – 11	12 – 14	15 – 16	Baixo; Médio; Alto.
Flexibilidade familiar	0 – 21	22 – 26	27 – 35	Baixo; Médio; Alto
Envolvimento familiar	0 – 28	29 – 33	34 – 35	Baixo; Médio; Alto
Suporte social familiar	0 – 53	54 – 63	64 – 68	Baixo; Médio; Alto

Procedimentos e Considerações éticas

A coleta de dados foi realizada no ano de 2021, através de formulário online contendo instruções de programação e os instrumentos do estudo. Os dados enviados foram armazenados no servidor da internet, juntamente com informações relativas à data e hora de preenchimento e o endereço de IP dos computadores dos respondentes, evitando assim a duplicidade de participação. Foram obedecidos aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos dados

O Questionário Sociodemográfico e de Tipologia do Uso de Substâncias Químicas foram apresentados através de estatística descritiva. O Questionário de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar, após verificados a confiabilidade e validade de construto através de Análise Fatorial e Coeficiente Alpha de Cronbach (subescalas). A fidelidade das (coeficiente alfa de Cronbach), que fornece a medida de consistência interna da escala e é obtida com base na média das intercorrelações entre todos os itens da escala. Para existir uma boa consistência interna o valor de alfa deve ser superior a 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número de itens muito baixo (Pestana e Gageiro, 2008). Para análise das variáveis de interesse foi utilizada análise estatística multivariada com o uso o test t e Anova e o teste de Correlação de Pearson (r) considerando como correlações fracas $r \leq 0,30$;

correlações moderadas 0,30 a $\leq 0,50$; correlações boas 0,50 a $\leq 0,70$ e muito fortes superiores a 0,70 e o valor de significância associado de $p \leq 0,05$.

Resultados e Discussão

Os familiares de pessoas em dependência química têm, em média, 39 anos ($DP = 11,4$; variando entre 18 e 70 anos), são do sexo feminino (88%); 56% são casados; 30% solteiros; 12% divorciados e 3% viúvos. Em relação à cor/raça, 43% se declararam brancos, 39% pardos e 15% negros. A escolaridade pode ser considerada alta (29% possuem ensino superior e 24% pós-graduação; 40% têm ensino médio e 6% fundamental) no entanto, renda familiar baixa (44% até R\$ 2.000,00; 41% entre R\$2 e 5.000,00; e 14% acima de 5.000,00.).

Conforme informaram os familiares, as pessoas em dependência química em questão, tem média de idade de 37 anos ($DP=11,9$; variando entre 16 e 62 anos), a maioria é do sexo masculino (80%), 49% é casado ou solteiro (43%), considerados de cor/raça parda (45%), branca (41%) ou preta (12%). A escolarização, para a maioria, é ensino médio (44%) ou fundamental (31%) e apenas 22% com ensino superior (dos quais 5% com pós-graduação). Os familiares afirmaram que 59% das pessoas em dependência química pelos quais respondem possui renda própria, sendo 41% dependentes financeiramente. A tabela 1 apresenta os dados dos familiares e das pessoas em dependência química. (Tabela 02).

Tabela 2

Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química

		Familiares		Dep. Químico	
		N	%	N	%
Faixa Etária	16 – 29 anos	24	22	34	31
	30 – 49 anos	64	58	57	51
	50 – 70 anos	23	21	20	18
Sexo	Masculino	13	12	89	80
	Feminino	98	88	22	20

Estado Civil	Casado	62	60	55	49
	Solteiro	33	30	48	43
	Divorciado	13	12	08	07
	Viúvo	03	03	-	-
Cor/Raça	Branca	48	43	46	41
	Parda	43	39	50	45
	Negra	17	25	13	12
Escolaridade	Sem escolarização	01	01	02	02
	E. Fundamental	07	06	35	31
	E. Médio	44	40	49	44
	E. Superior	32	29	19	17
	Pós-graduação	27	24	6	05
Renda	Até R\$ 1.000,00	14	13	66	59
Familiar (R\$)	1.001,00 a 2.000,00	35	31	45	41
	2.001,00 a 5.000,00	46	41		
	5.001,00 a 10.000,00	09	08		
	Acima de 10.000,00	07	06		

Em relação à dependência química de seu familiar, a maioria refere tempo de uso bastante variado, em média, 15 anos (DP = 10,8; variando de um 01 a 50 anos), a maioria fazendo uso de até 04 substâncias conjuntas, sendo o álcool o mais referido (22%) de forma única, percentual que aumenta quando analisado em conjunto com outras substâncias. Questionados acerca de tratamento de desintoxicação, os familiares referem que 52% já fez tratamento anteriormente e 40% se encontram em tratamento (Tabela 03).

Tabela 3

Tipologia do Uso de Substâncias Químicas

	Variáveis	N	%
Tempo de Uso	01 – 5 anos	25	22
	06 – 10 anos	26	23
	11 – 20 anos	32	29

	21 – 30 anos	17	15
	31 – 40 anos	06	5
	41 – 50 anos	02	2
Tipo de Substância	Alcool	25	22
	Alcool; Cocaína	16	14
	Alcool; Maconha; Cocaína	12	11
	Cocaína	12	11
	Maconha	10	11
	Alcool; Crack	7	6
	Cocaína; Crack	7	6
	Maconha; Cocaína	6	5
	Alcool; Maconha; Cocaina;	5	4
	Crack	7	6
	Alcool; Maconha	1	1
	Alcool; Maconha, Crack	1	1
	Maconha, cocaína, crack	1	1
	Alcool; Cocaina; Crack	1	1
	Outra	4	4
Tratamento Anterior	Sim	58	52
	Não	53	48
Tratamento Atual	Sim	44	40
	Não	67	60
Outros usuários na Família	Sim	51	46
	Não	60	54

Os parâmetros psicométricos foram analisados e serão apresentados considerando as quatro escalas independentes, no entanto o conjunto de 35 itens apresenta boa consistência interna (alpha de Cronbach = ,695 podendo atingir ,739 se retirado o item 26). A investigação da validade de construto por meio da análise fatorial exploratória permitiu identificar que a matriz de correlações da Escala de Coerência Familiar (04 itens) é passível de fatoração (KMO = 0,681 e Teste de Bartlett= 121,227; df=6; p=,000). Com índices de comunalidade variando

entre ,016 (item 1) e 785 (item 3), explicou 55% da variância total em um único fator cargas fatoriais entre -,127 (item 1) e ,886 (item 3). O índice de precisão da escala (Alpha de Cronbach) foi de ,597 indicando consistência moderada, no entanto, poderia atingir ,814 (consistência boa) caso deletado o item 1. Não obstante, optou-se por não retirar o item 1, mantendo a estrutura original da escala.

A escala de Flexibilidade mostrou-se passível de fatoração (KMO = 0,677 e Teste de Bartlett= 189,200; df=21; p=,000. Unifatorial, os sete itens apresentaram índices de comunalidade entre ,470 (item 10) e ,665 (item 8), explicou 58% de variância, com carga fatorial com índices entre ,168 (item 6) e ,800 (item 11). A análise do Alpha de Cronbach indicou índice de ,709 ou seja, consistência interna boa. A Escala de Envolvimento Familiar, também com sete itens, demonstrou possibilidade de fatoração (KMO = 0,884 e Teste de Bartlett= 407,295; df=21; p=,000). Com índices de comunalidade entre ,300 (item 12) e ,756 (item 14), em fator único, apresentou 61% de variância explicativa, cujos itens apresentaram carga fatorial entre -,548 (item12) e ,870 (item 14). Apresentou Alpha de Cronbach de ,771, indicando boa consistência interna entre os itens, mas podendo atingir ,901 (consistência muito boa) se deletado o item 12. A Escala de Suporte Social apresentou condições de fatorabilidade (KMO = 0,799 e Teste de Bartlett= 623,368; df=136; p=,000), com formação unidimensional, explicando 64% de explicação. Os índices de comunalidade variaram entre ,460 (item 28) e -,775 (item 25) e carga fatorial de ,214 (item 28) e ,775 (item 25). Ao analisar a consistência interna entre os 17 itens da escala obteve-se Alpha de Cronbach de -,472. O valor é negativo devido a uma covariância média negativa entre os itens. Manteve-se assim a estrutura original das quatro escalas cujos parâmetros psicométricos demonstraram adequação para a amostra em estudo.

Aplicando os critérios propostos pelos autores para a classificação dos índices discriminado por cada escala observa-se flexibilidade média, baixa coerência e envolvimento

familiar e muito fraco suporte social (Tabela 4). Os dados indicam que, embora considerem a participação de toda a família, incluindo o familiar em dependência química, na forma de lidar com os problemas e a partilha de responsabilidades (flexibilidade), existe pouca habilidade para lidar com a situação (coerência), bem como, dificuldade na comunicação, expressão de sentimentos e proximidade que poderiam implicar em maior bem-estar geral (envolvimento). Destaca-se a quase ausência de suporte social, ou seja, sentem-se em exclusão social sem apoio emocional e suporte dos amigos, vizinhos, instituições e outros familiares.

As redes sociais destas famílias, segundo Sousa (2005), tendem a ser fechadas, homogêneas, instáveis e muito concentradas no próprio sistema familiar, incluindo pessoas com histórias e vidas similares. As interações, apesar de próximas e frequentes, são pouco proveitosas ao nível das funções que desempenham e da resolução de problemas. Por outro lado, os membros destas famílias tendem a apresentar baixas competências sociais, o que lhes dificulta a manutenção de relações, em particular fora do sistema familiar.

Tabela 4

Classificação do Perfil de Resiliência Familiar dos familiares em estudo (n=111), distribuição absoluta e percentual

Escalas	Níveis	N	%	M	DP	Intervalo
Coerência Familiar	Baixo (0-11)	100	90	8,5	2,64	0 – 14
	Médio (12-14)	11	10			
	Alto (15-16)	-	-			
Flexibilidade Familiar	Baixo (0-21)	39	35	22,4	4,59	7 – 34
	Médio (22-26)	51	46			
	Alto (27-35)	21	19			
Envolvimento Familiar	Baixo (0-28)	100	90	21,9	5,22	10 – 34
	Médio (29-33)	10	9			
	Alto					

	(34-35)	01	1			
Suporte Social Familiar	Baixo (0-53)	111	100			
	Médio (54-63)	-	-	36,1	3,29	28 – 48
	Alto (64-68)	-	-			

Considerando a soma de todos os itens como medida da Resiliência Familiar Geral, foi realizado um estudo de correlação bivariada (Pearson). Conforme pode ser verificado na Tabela 5, considerando como significativas as correlações acima de $r=,30$ e o valor de significância associado de $p \leq 0,05$, a Resiliência correlacionou-se positiva e fortemente à Flexibilidade ($r=,815$; $p=,00$), forte com o Envolvimento ($r=,716$; $p=,00$) e moderadamente com o Suporte Social ($r=,595$; $p=,00$) e Coerência Familiar ($r=,415$; $p=,00$). A Flexibilidade apresentou correlações significativas moderadas com o Envolvimento ($r=,423$; $p=,00$) e Suporte Social ($r=,376$; $p=,00$). Estes resultados podem indicar que quanto maior o envolvimento familiar e o suporte social, maior a flexibilidade, e, através desta, maior a resiliência. Ainda que correlacionando-se positivamente com a variável geral (Resiliência), não houve correlações significativas entre a variável coerência e as demais variáveis do modelo (flexibilidade, envolvimento e suporte social).

Tabela 5

Correlações de Pearson (r) entre Resiliência Geral e variáveis correlatas (n=111)

	Resiliência	Coerência	Flexibilidade	Envolvimento
Coerência	,472*	-		
Flexibilidade	,815*	,252*	-	
Envolvimento	,716*	,055	,423*	-

Suporte Social	,592*	,289*	,376*	,103
-----------------------	--------------	--------------	--------------	-------------

* $p \leq 0,01$

A análise das diferenças nas subescalas em função das variáveis sociodemográficas, evidencia diferenças estatisticamente significativas na resiliência em função das variáveis flexibilidade e envolvimento familiar conforme pode ser visto nas figuras 1 e 2. Na subescala Flexibilidade, encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) em relação a idade do familiar, ao sexo do dependente e do tempo de uso, indicando que quanto maior a idade do familiar (com ênfase entre os 30 a 49 anos) ($X^2=69,791$; $df = 42$); o tempo de uso de droga ($F=1,737$, $DF=30$) e o sexo do familiar dependente masculino ($t=2,638$, $df = 1-9$), maior o índice de flexibilidade, ou seja, maior a participação da família, incluindo o dependente, na forma de lidar com os problemas e a partilha de responsabilidades. Por outro lado, o tipo ou quantidade de substâncias utilizadas, sem diferença entre a lícita e ilícitas, apresenta diferenças estatisticamente significativa na subescala Envolvimento Familiar ($F=1,959$; $df=14$), influenciando no relacionamento e proximidade entre os integrantes da família e suas implicações no bem-estar geral, pior para o uso de crack.

Figura 1

Perfil e Tipologia em relação a escala Flexibilidade ($p \leq 0,05$)

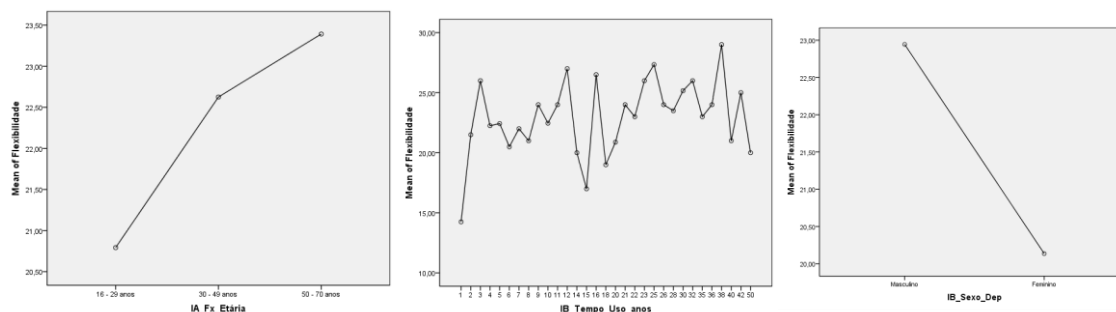
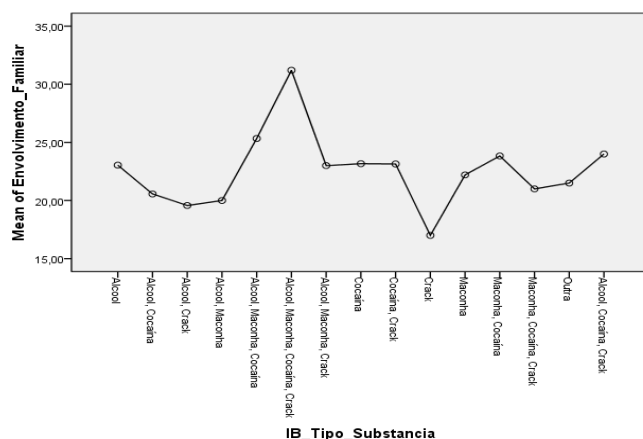


Figura 2

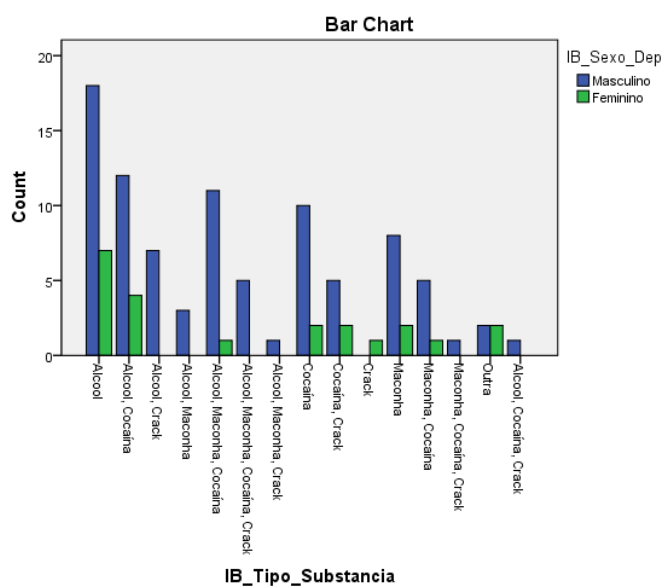
Perfil e Tipologia em relação a escala Envolvimento Familiar ($p \leq 0,05$)



Estudos nacionais e internacionais apontam o uso de álcool, tabaco e drogas mais elevado no sexo masculino. (Silva, Souza & Perez, 2011; Malta, Deborah Carvalho et al, 2018). No entanto, embora sem diferença estatisticamente significativa, nesta amostra observou-se diferença entre os sexos e o tipo e quantidade de drogas utilizadas, maior entre os homens, que detém também a maior diversidade no tipo e número de psicoativos utilizados (Figura 3). Os homens apresentaram maior consumo de substâncias ilícitas, enquanto das mulheres foi relatado maior consumo de álcool, seguido da cocaína. Considerando a diferença do número amostral entre os sexos no presente estudo, concorda-se com Giusti, Sañudo e Scivoletto (2002) ao sugerirem que as consequências comportamentais do uso de drogas no sexo feminino são menos evidentes que no masculino, o que poderia explicar menor visibilidade do sexo feminino.

Figura 3

Diferença no uso e tipos de substâncias psicoativas entre sexo



Conclusão

Os resultados demonstram que a resiliência não surge de qualidades raras e especiais, mas sim de sistemas humanos básicos como os identificados neste estudo e na literatura, nomeadamente, qualidades individuais, relação na família e na comunidade, confiança e união entre os membros da família, capacidade de criar laços afetivos, espiritualidade forte, entre outros.

Apesar das limitações, considera-se que os dados deste estudo constituem um bom ponto de partida para futuras investigações, nomeadamente, com amostras de tamanho alargado e com a utilização de metodologias que permitam avaliar a percepção dos vários membros da família.

Referências

- Cunha, D. & Relvas, A.P. Inventário de Avaliação Pessoal Orientando para a Crise em Família, In: Relvas, A.P. & Major, S. (2016). Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, (2), 22-35.
- Giusti, J. S., Sañudo, A., & Scivoletto, S. (2002). Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000200008>
- Levantamento Nacional de Família de Dependentes Químicos (LENAD Família). 2014. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. http://inpad.org.br/_lenad-familia/
- Malta, Deborah Carvalho et al. (2018). Uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online] v. 21, suppl 1 [Acessado 10 Fevereiro 2023]
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H. I. (1993). Families coping with illness: The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry (Eds.). *Families, health and illness. Perspectives on coping and intervention*, New York: Mosby, 21-63.
- Peixoto, M. J. & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388.
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S. & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos. In: Relvas, A.P. & Major, S. Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação. Vol. II; pp 22-35; Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Pereira, V. L. M. (2021). Funcionamento e Resiliência da Família no Contexto da Pandemia COVID-19: estudo com famílias em diferentes circunstâncias socioeconómicas

[Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1317>

Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75. Silva, P. C. de O. e ., Souza, C. de M. e ., & Peres, S. O. (2021). Uso de drogas sob a perspectiva de gênero: uma análise das histórias de vida de jovens das camadas médias no Rio de Janeiro. *Saúde E Sociedade*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200665>

ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE E ESTIGMA NA CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA FAMILIAR

Resumo

INTRODUÇÃO: A forma como as pessoas fazem inferências sobre os fenômenos, em particular os familiares de dependentes químicos, na forma como esses familiares percebem-se perante a sociedade e como esse estigma está relacionado com a sua resiliência, designada como a capacidade de enfrentar as situações adversas da codependência. **OBJETIVO:** testar à hipótese de que a atribuição causal e o estigma internalizado influenciam na capacidade de resiliência familiar. **MÉTODO:** Com amostra de 111 familiares, a coleta de dados utilizou o Questionário Sociodemográfico e da Tipologia do Uso de Substâncias Químicas, a Escala de Locus de Controle Parental na Saúde (Cerqueira & Nascimento, 2008), a Escala de Estigma Percebido (Soares, 2011) e o Questionário de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar dos mesmos autores que permitiu avaliar o Perfil de Resiliência Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993). Foi utilizada a estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência) e multivariada (testes de associação, Coeficiente de Correlação de Pearson e Regressão Múltipla). **RESULTADO:** Não foi observado diferença estatisticamente, realizado através do test t, entre as variáveis acima e a tipologia da substância utilizada, se legal ou ilegal, bem como no tempo de uso. Observou-se diferença nas médias da medida de Outros Poderosos (Locus de Controle) e tratamento anterior (Sim – M=18,28. DP=3,87; Não – M = 19,91. DP=4,32; $t=-2,08$ (df=104), $p=,05$). Assim como nas médias da medida de Internalidade (Locus de Controle) e tratamento atual (Sim – M=18,29. DP=4,81; Não – M=16,5. DP=4,47; $t= 2,001$ (df=109), $p=,05$). Para verificação da hipótese e do valor preditivo de cada variável, foi realizada o Regressão Múltipla (stepwise) De acordo com os dados, observa-se que apenas um dos construtos hipotetizados – Estigma Total ($\beta=-,0,22$) – explicou a variância da Resiliência Familiar. A análise de Regressão Múltipla indicou uma quantidade moderada, mas significativa de variância compartilhada ($RM=,34$; $R^2=,118$; $p<0,01$) entre a variável critério e duas variáveis antecedentes – Estereótipo e Discriminação – explicando conjuntamente 12% da variância da Resiliência Familiar para esta amostra. A variável Estereótipo ($\beta=-,262$, $p < 0,00$) foi a principal responsável pela explicação da variância da Resiliência Familiar (7%), seguida da dimensão Discriminação explicando 5% ($\beta=,222$, $p < 0,01$). As variáveis Alienação, Evitação e Resistência não entraram na equação de regressão para explicação da influência do estigma na Resiliência Familiar.

Palavras Chave: Resiliência Familiar, Atribuição, Estigma.

ATTRIBUTION OF CAUSALITY AND STIGMA IN THE CONSTRUCTION OF FAMILY RESILIENCE

ABSTRACT

INTRODUCTION: The way people make inferences about phenomena, in particular the relatives of drug addicts, in the way these family members perceive themselves before society and how this stigma is related to their resilience, designated as the ability to face adverse situations of codependence. **OBJECTIVE:** to test the hypothesis that causal attribution and internalized stigma influence family resilience. **METHOD:** With a sample of 111 family members, data collection used the Sociodemographic Questionnaire and the Typology of The Use of Chemical Substances, the Locus Scale of Parental Control in Health (Cerqueira & Nascimento, 2008), the Perceived Stigma Scale (Soares, 2011) and the Resilience, Stress, Adjustment and Family Adaptation Questionnaire of the same authors that allowed the evaluation of the Family Resilience Profile (McCubbin & McCubbin, 1993). Descriptive (mean, standard deviation and frequency) and multivariate (association tests, Pearson Correlation Coefficient and Multiple Regression) were used. **RESULTS:** There was no statistically observed difference, performed through test t, between the variables above and the typology of the substance used, whether legal or illegal, as well as in the time of use. There was a difference in the means of the measure of Other Powerful (Locus of Control) and previous treatment (Yes - $M=18.28$. $SD=3.87$; No - $M = 19.91$. $SD=4.32$; $t=-2.08$ ($df=104$), $p=,05$). As well as in the means of the measure of Internality (Locus of Control) and current treatment (Yes - $M=18.29$. $SD=4.81$; No - $M=16.5$. $SD=4.47$; $t= 2.001$ ($df=109$), $p=,05$). To verify the hypothesis and predictive value of each variable, the Multiple Regression (stepwise) was performed. According to the data, it is observed that only one of the hypothesized constructs – Total Stigma ($\beta=-,0,22$) – explained the variance of Family Resilience. Multiple Regression analysis indicated a moderate but significant amount of shared variance ($RM=,34$; $R^2=,118$; $p<01$) between the criterion variable and two antecedent variables - Stereotype and Discrimination - jointly explaining 12% of the variance of Family Resilience for this sample. The variable Stereotype ($\beta=-.262$, $p < 0.00$) was the main responsible for explaining the variance of Family Resilience (7%), followed by the dimension Discrimination explaining 5% ($\beta =.222$, $p < 0.01$). The variables Alienation, Avoidance and Resistance did not enter the regression equation to explain the influence of stigma on Family Resilience.

Keywords: Family Resilience, Attribution, Stigma.

Introdução

O estudo da percepção, dos processos cognitivos inferenciais e atribucionais buscam atribuir e justificar o comportamento das pessoas a respeito de si mesma e dos outros em seu cotidiano. No campo de estudos e pesquisas da Psicologia estas teorias foram conceituadas Teorias da Atribuição Causal. Segundo Ferreira (2019), a teoria da atribuição causal teve como pioneiro o psicólogo social Fritz Heider em 1958, que acreditava que as pessoas são levadas a investigar as inferências dos contextos, a entender as situações que enfrentam e como as situações ambientais influenciam o modo delas se comportarem em suas relações. No estudo da dependência química e da codependência familiar, a percepção exerce um fator de influência tanto para os fatores de risco como para os fatores de proteção, visto que a percepção dos codependentes para o seu familiar usuário de droga serão atravessadas por comportamentos e sentimentos que fazem parte da dinâmica familiar associada a fatores internos e estáveis, que podem gerar sentimento de culpa ou depreciação, afetando tanto o dependente como a família (Maciel, Silva, Pereira, Dias e Alexandre, 2018).

Esta situação desencadeia o stress familiar, Boss (2002), definido como uma pressão ou tensão no sistema familiar, resultante de acontecimentos com potencial de causar mudança na família. Nesse sentido, a autora ressalta que mesmo as famílias “fortes” podem experimentar stress até ao ponto de crise; que existem diferentes valores e crenças que influenciam a forma como cada família define o que é estressante; que fatores como idade, sexo ou etnia influenciam o sentido que se dá a uma dada situação.

Dessa forma, com a mudança de perspectiva, antes focada na doença para a ênfase na saúde, ou seja, no bem-estar e a qualidade de vida, bem como as competências positivas dos sujeitos, ganha relevância o conceito de resiliência. O foco crescente no papel da resiliência na promoção da saúde representa uma abordagem mais integradora à prevenção e tratamento, dado que permite equilibrar a ênfase na patologia e na vulnerabilidade com o foco nos mecanismos

protetores e na adaptação positiva. Em acordo com Schaap, Galen, Ruijter e Smeets (2009), verifica-se que do ponto de vista conceitual, a resiliência pode ser definida a partir de duas perspectivas distintas: a resiliência enquanto resultado, definida como o funcionamento adaptativo após a vivência de uma situação de adversidade; e a resiliência enquanto recurso, como fator de proteção em situações indutoras de stress, potenciando a adaptação a estas situações. Segundo Masten (2007), a resiliência é assim definida como a capacidade de adaptação, competência ou funcionamento positivo dos indivíduos, quando na presença de adversidade ou risco.

Partindo da premissa de que as inferências sobre os fenômenos e situações vivenciadas pelos familiares de dependentes químicos acerca dos fatores atribuídos ao uso de droga influenciam no estigma internalizado e no modo como esses cuidadores se percebem perante a sociedade e em como esse estigma está relacionado com a sua resiliência, designada como a capacidade de enfrentar as situações adversas da codependência, se tem como objetivo testar a hipótese de que a atribuição causal e o estigma internalizado influenciam na capacidade de resiliência familiar.

Método

Caracterização do Estudo

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo e correlacional com design quantitativo e amostragem não probabilística (por conveniência).

Amostra

A amostra foi composta por um representante familiar de cada família contactada que se dispôs a participar do estudo, preferencialmente aquele com maior vínculo de cuidado com o familiar em dependência química, contabilizando um total de 111 participantes.

Como critério de inclusão foi observado a necessidade de ter 18 anos ou mais, residir com o dependente químico, ter algum vínculo familiar e aceitar participar voluntariamente do

estudo. O critério de exclusão consistiu em não se enquadrar em um dos critérios de inclusão estabelecidos ou possuir algum tipo de incapacidade para responder.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e de Tipologia do Uso de Substâncias Químicas:

visando construir um perfil da família, contido em dois blocos. O primeiro com itens acerca dos dados pessoais do familiar respondente (por exemplo: sexo, idade, estado civil, situação profissional, parentesco e proximidade com o dependente químico etc.). O segundo sobre o familiar dependente químico (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, tipo de substância, tempo de uso, etc.).

Escala de Locus de Controle Parental na Saúde (Cerqueira e Nascimento, 2008).

Contemplou três dimensões, com seis itens cada: Internalidade (I), que avaliou o grau em que o sujeito acredita controlar a sua vida; Outros poderosos (OP), que avaliou a crença de que este controle está nas mãos de pessoas poderosas e Acaso/sorte (A), que avalia a crença de ser controlado pelo acaso, pela sorte ou destino. As repostas foram dadas em formato tipo Likert com cinco pontos, desde discordo totalmente (1) até concordo totalmente (5).

Realizada análise fatorial exploratória ($KMO = 0,76$ e Teste de Bartlett= 799,38; $df=153$; $p=,000$), cada dimensão da escala ficou representada empiricamente pelos itens propostos teoricamente para representá-la explicando conjuntamente 63,5% de variância, índice de comunalidade (h^2) dos itens variando entre ,457 e ,781. A medida do Alpha de Cronbach (,808) indica consistência interna entre os 18 itens do instrumento.

Escala de Estigma Percebido: Versão brasileira adaptada por Soares (2011), possui 29 itens divididos em cinco subescalas: Alienação (06 itens); Aprovação do Estereótipo (07 itens);

Percepção de Discriminação (05 itens); Evitação Social (06 itens); e Resistência ao Estigma (05 itens). Respondida em escala de Likert de cinco pontos varia desde discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5), para o presente estudo foi focada para o familiar de dependente químico (originalmente era para o próprio dependente). Manteve-se a estrutura original com 05 (cinco fatores) explicando conjuntamente 54,7% da variância (h^2 variando entre ,442 e ,824). A confiabilidade da escala para esta amostra foi determinada pelo cálculo dos coeficientes de consistência interna de todos os itens em conjunto, apresentando Alpha de Cronbach de ,855 (29 itens, indicando índices satisfatórios de confiabilidade podendo ser classificada em moderada a elevada).

Questionário de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar: (McCubbin & McCubbin, 1993) permite avaliar o Perfil de Resiliência Familiar, ou seja, a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise. Adaptado para o contexto português por Santos (2012), contempla 5 escalas, das quais 4 foram utilizadas neste estudo (totalizando 35 itens), cada uma representando um domínio que funciona como fator facilitador da resiliência: Coerência Familiar, diz respeito onde são elaboradas questões que têm em conta o sistema de crenças, a atitude otimista e a espiritualidade da família (04 itens); Flexibilidade Familiar, onde é avaliada a integração familiar, a colaboração na resolução de problemas e os processos organizacionais da mesma (07 itens); Envolvimento Familiar, se refere à comunicação familiar, clareza de expressão emocional e coesão familiar (07 itens); e Suporte Social, em que é avaliado pela interação social com a própria família, amigos, vizinhos, instituições e recursos acessíveis da comunidade (17 itens). A Escala de Coerência Familiar (04 itens) é passível de fatoração (KMO = 0,681 e Teste de Bartlett= 121,227; df=6; p=,000) com índices de comunalidade variando entre ,016 (item 1) e 785 (item 3), explicou 55% da variância total em um único fator cargas fatoriais entre -,127 (item 1) e ,886 (item 3). O Alpha de Cronbach de ,597 indica

consistência moderada. A escala de Flexibilidade (KMO = 0,677 e Teste de Bartlett= 189,200; df=21; p=,000) com índices de comunalidade entre ,470 (item 10) e ,665 (item 8), explicou 58% de variância, com carga fatorial entre ,168 (item 6) e ,800 (item 11). A análise do Alpha de Cronbach indicou consistência interna boa (,709). A Escala de Envolvimento Familiar, (KMO = 0,884 e Teste de Bartlett= 407,295; df=21; p=,000), com índices de comunalidade entre ,300 (item 12) e ,756 (item 14), apresentou 61% de variância explicativa, cujos itens apresentaram carga fatorial entre -,548 (item 12) e ,870 (item 14). O Alpha de Cronbach de ,771, indicou boa consistência interna entre os itens. A Escala de Suporte Social (KMO = 0,799 e Teste de Bartlett= 623,368; df=136; p=,000), explicou 64% da variância, com índices de comunalidade entre ,460 (item 28) e -,775 (item 25), carga fatorial de ,214 (item 28) e ,775 (item 25) e Alpha de Cronbach de -,472. O valor é negativo devido a uma covariância média negativa entre os itens. Manteve-se assim a estrutura original das quatro escalas cujos parâmetros psicométricos demonstraram adequação para a amostra em estudo, cujo conjunto de 35 itens apresenta boa consistência interna (Alpha de Cronbach = ,695)

Procedimentos e Considerações éticas

A coleta de dados foi realizada no ano de 2021, através de formulário online contendo instruções de programação e os instrumentos do estudo. Os dados enviados foram armazenados no servidor da internet, juntamente com informações relativas à data e hora de preenchimento e o endereço de IP dos computadores dos respondentes, evitando assim a duplicidade de participação. Foram obedecidos aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos dados

Foram verificados a confiabilidade e validade de construto através de Análise Fatorial e Coeficiente Alpha de Cronbach. Foram realizadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central, de dispersão e frequência, chi-quadrado), bivariadas (correlação e teste t de Student) e multivariada (regressão linear múltipla).

Resultados e Discussão

A amostra é constituída pelos familiares mais próximo pessoas em dependência química (43% filho(a); 22% cônjuge; 12% irmão(a); 23% outros), cuja caracterização se encontra na Tabela 1. Distingue-se a predominância do sexo feminino (88%), apresentando uma média de idades de 39,2 (DP=11,4), na sua maioria, casados (60%), não necessariamente com familiar dependente químico. Em relação a escolaridade, 53% possuem habilitações de nível superior, e 73% declararam renda familiar entre R\$1 a 5.000,00.

Por outro lado, o familiar dependente químico tem predominância no sexo masculino (80%), com média de idade de 36,7 (DP=39,2), casados (49%), com nível de escolarização média (44%) 3 fundamental (31%). Conforme os familiares respondentes, 59% das pessoas em dependência química possuem renda própria de até R\$2.000,00 e 41% são dependentes financeiramente.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos Descritivos dos Familiares e Pessoas em Dependência Química

		Familiares		Dep. Químico	
		N	%	N	%
Faixa Etária	16 – 29 anos	24	22	34	31
	30 – 49 anos	64	58	57	51
	50 – 70 anos	23	21	20	18
Sexo	Masculino	13	12	89	80

	Feminino	98	88	22	20
Estado Civil	Casado	62	60	55	49
	Solteiro	33	30	48	43
	Divorciado	13	12	08	07
	Viúvo	03	03	-	-
Cor/Raça	Branca	48	43	46	41
	Parda	43	39	50	45
	Negra	17	25	13	12
Escolaridade	Sem escolarização	01	01	02	02
	E. Fundamental	07	06	35	31
	E. Médio	44	40	49	44
	E. Superior	32	29	19	17
	Pós-graduação	27	24	6	05
Renda	Até R\$ 1.000,00	14	13	66	59
Familiar (R\$)	1.001,00 a 2.000,00	35	31	45	41
	2.001,00 a 5.000,00	46	41		
	5.001,00 a 10.000,00	09	08		
	Acima de 10.000,00	07	06		

Em relação à tipologia do uso de substância química, é referido tempo de uso bastante variado (01 – 50 anos), em média de 15 anos (DP = 10,8), a maioria fazendo uso de até 04 substâncias conjuntas, sendo o álcool o mais referido (22%) de forma única, percentual que aumenta quando analisado em conjunto com outras substâncias (61%). Desta forma, verificou-se que 22% consomem droga considerada legal, enquanto 78% faz uso de substância ilegal isolada ou conjuntamente (44% cocaína; 32% maconha; 21% crack). Questionados acerca de tratamento de desintoxicação, os familiares referem que 52% já fez tratamento anteriormente e 40% se encontram em tratamento. A co-ocorrência em família é de 46%, ou seja, quase metade das famílias investigadas. (Tabela 02).

Tabela 2*Tipologia do Uso de Substâncias Químicas*

Variáveis			N	%
Tempo de Uso	01 – 5 anos		25	22
	06 – 10 anos		26	23
	11 – 20 anos		32	29
	21 – 30 anos		17	15
	31 – 40 anos		06	5
	41 – 50 anos		02	2
Tipo de Substância	Alcool		25	22
	Alcool; Cocaína		16	14
	Alcool; Maconha; Cocaína		12	11
	Cocaína		12	11
	Maconha		10	11
	Alcool; Crack		7	6
	Cocaína; Crack		7	6
	Maconha; Cocaína		6	5
	Alcool; Maconha; Cocaina;		5	4
	Crack		7	6
	Alcool; Maconha		1	1
	Alcool; Maconha, Crack		1	1
	Maconha, cocaína, crack		1	1
	Alcool; Cocaina; Crack		1	1
	Outra		4	4
Tratamento Anterior	Sim		58	52
	Não		53	48
Tratamento Atual	Sim		44	40
	Não		67	60
Outros usuários na Família	Sim		51	46
	Não		60	54

Para testar a hipótese de estudo de que a atribuição causal e o estigma internalizado influenciam na capacidade de resiliência familiar, inicialmente foi realizada análise descritiva

das variáveis do estudo: Internalidade; Externalidade Outros Poderosos; Externalidade Acaso ou sorte (Locus de Controle Parental); Alienação; Aprovação do Estereótipo, Percepção de Discriminação; Evitação Social; Resistência ao Estigma (Estigma Percebido); Coerência Familiar; Flexibilidade Familiar; Envolvimento Familiar e Suporte Social (Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar). As variáveis Estigma Geral e Resiliência Familiar Geral foram construídas pela soma dos itens das escalas referentes, indicando que quanto maior o escore em cada variável, maior a expectativa de percepção do estigma ou Resiliência Familiar respectivamente. O item geral da Escala de Locus de Controle Parental, Escala de Estigma Percebido e Escala de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar foi obtido pela soma dos itens de todos os itens/fatores. Quanto maior o escore em cada escala, maior a expectativa da fonte correspondente.

Tabela 3

Médias de escores dos Fatores das Variáveis de Medida

Medida	Variável	Média	Desvio Padrão
Locus de Controle Parental	Internalidade	17,22	4,67
	Externalidade Outros Poderosos	19,05	4,15
	Externalidade Acaso/Sorte	11,46	3,59
	Locus de Controle Geral	15,91	2,85
Estigma Percebido	Alienação	16,83	4,67
	Aprovação de Estereótipo	19,72	5,24
	Percepção de Discriminação	16,92	2,78
	Evitação Social	16,22	4,39
	Resistência ao Estigma	18,32	2,83
	Estigma Percebido Geral	71,10	10,49
	Coerência Familiar	8,49	2,63
	Flexibilidade Familiar	22,39	4,59
	Envolvimento Familiar	21,87	5,21

Resiliência, Stress,	Suporte Social	36,09	3,29
Ajustamento e Adaptação Familiar	Resiliência Familiar Geral	88,85	10.66

Como se pode observar, o fator da medida de atribuição que obteve maior média foi o a Externalidade - Outros Poderosos ($M = 19,05$, $DP = 4,15$), enquanto o que apresentou menor escore foi o terceiro fator Externalidade – Acaso/Sorte ($M = 11,46$, $DP = 3,59$), referente no primeiro caso na atribuição de controle nas mãos de pessoas poderosas, a exemplo dos profissionais de saúde. Por outro lado, a menor média do Locus de Controle foi atribuída ao Acaso/sorte, que avalia a crença de a situação é controlada pelo acaso, pela sorte ou destino.

Em relação ao Estigma Percebido, verifica-se maior pontuação média no fator Aprovação do Estereótipo ($M = 19,72$, $DP = 5,24$), ou seja, os familiares de pessoas em dependência química concordam com as afirmações de que o dependente tende a ser violento, não deveriam se casar, não tem uma vida satisfatória e são reconhecidas pela aparência. Em relação a si, concordam que precisa que outros tomem as decisões, que não consegue contribuir em nada para a sociedade e a imagem (estigma) atribuído ao dependente é aplicado aos membros da família. A Evitação foi o fator com menor média ($M = 16,22$, $DP = 4,39$), onde assinala que evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento e evitar rejeição, inadequação, estranho ou por não querer incomodar os outros com o seu problema familiar, por isso se mantém afastado do “mundo normal”.

A medida da Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar, ou seja, a forma como a família responde a situações de crise, apresentou maior média no item Suporte Social ($M = 36,09$, $DP = 3,29$), onde avalia a interação social com a própria família, amigos, vizinhos, instituições e recursos acessíveis da comunidade, ou seja, identifica de que forma a família se sente integrada na comunidade, a vê como um recurso e como sente o apoio emocional e suporte dos amigos e familiares. O fator Coerência Familiar apresentou a menor média ($M = 8,49$, DP

= 2,63) dizendo respeito ao sistema de crenças, a atitude otimista e a espiritualidade da família avaliando as habilidades para lidar com eventos e mudanças.

Não foi observado diferença estatisticamente, realizado através do test t, entre as variáveis acima e a tipologia da substância utilizada, se legal ou ilegal, bem como no tempo de uso. Observou-se diferença nas médias da medida de Outros Poderosos (Lócus de Controle) e tratamento anterior (Sim – M = 18,28. DP=3,87; Não – M = 19,91. DP=4,32; $t=-2,08$ (df=104), $p=,05$). Assim como nas médias da medida de Internalidade (Lócus de Controle) e tratamento atual (Sim – M = 18,29. DP=4,81; Não – M = 16,5. DP=4,47; $t= 2,001$ (df=109), $p=,05$). Pode-se inferir que o controle do tratamento anterior é atribuído a outras pessoas consideradas poderosas, como por exemplo, os profissionais de saúde. No caso do tratamento atual a atribuição é a si.

Variáveis explicativas da Resiliência

A fim de verificar quais variáveis acima descrita melhor explicam a resiliência de familiares de pessoas em dependência química, realizou-se análise de Regressão Linear Múltipla (método stepwise). Como variável consequente considerou-se a Resiliência Geral medida pela média ponderada de todos os itens do Questionário Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar dado sua qualidade de avaliar o Perfil de Resiliência Familiar, ou seja, a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise. Para a inclusão das variáveis antecedentes, foi estabelecido como critério de inclusão considerar àquelas que apresentaram correlações significativas (Pearson) com a Resiliência Geral (RG), no entanto com índices correlacionais menores que 0,75, evitando o efeito de multicolinearidade (Tabela 4).

Figura 4

Correlação entre as variáveis da Atribuição (Lócus de Controle), Estigma e Resiliência (N=111)

	RG	CF	FF	EF	SS	I	OP	A	LG	EA	EES	ED	EEV	ER
CF	,472*													
FF	,815*	,252*												
EF	,716*	,055	,423*											
SS	,592*	,289*	,376*	,103										
I	,133	,200*	,103	,035	,071									
OP	,108	,343*	,079	-,149	,201*	,224*								
A	-,174	,162	-,143	-,213*	-,157	,198*	,197*							
LG	,052	,344*	,035	-,143	,071	,738*	,691*	,624*						
EA	-,196*	,111	-,039	-,410*	-,021	,011	,099	,375*	,211*					
EES	-,262*	,016	-,167	-,377*	-,032	-,032	,165	,356*	,212*	,704*				
ED	,220*	,313*	,244*	-,078	,244*	,159	,121	,061	,171	,186	,010			
EEV	-,203*	,093	-,109	-,370*	,005	-,032	,205*	,448*	,271*	,693*	,816*	,023		
ER	,210*	-,159	,197*	,330*	,010	-,020	-,093	-,440*	-,241*	-,391*	-,509*	-,027	-,608*	
ET	-,221*	,039	-,088	-,383*	-,018	-,031	,174	,364*	,221*	,851*	,925*	,066	,880*	-,361*

* p ≤ 0,05 (em negrito)

Legenda: RG (Resiliência Geral); CF (Coerência Familiar); FF (Flexibilidade Familiar); EF (Envolvimento Familiar); SS (Suporte Familiar); I (Internalidade); OP (Outros Poderosos); A (Acaso); LG (Lócus Geral); EA (Estigma Alienação); EES (Estigma Estereótipo); ED (Estigma Discriminação); EEV (Estigma Evitação); ER (Estigma Resistência); ET (Estigma Total)

Conforme pode ser observado na Tabela acima, apenas as variáveis atribucionais, aqui medida pelo Lócus de Controle (Intencionalidade, Outros Poderosos e Acaso) não apresentaram correlação estatisticamente significativa com a Resiliência Geral. As correlações fortes nas variáveis Coerência, Flexibilidade, Envolvimento Familiar e Suporte Social são esperadas devido ao pertencimento no construto da Resiliência Geral. As variáveis referentes ao Estigma (Alienação, Estereótipo, Discriminação, Evitação e Resistência, além do Construto Estigma Total apresentaram correções fracas, abaixo de 0,30, no entanto, são estatisticamente significativas. Estas correlações mais fracas podem estar relacionadas ao número amostral baixo (N=111).

A partir destes resultados, observa-se que a atribuição de lócus de controle não influencia na Resiliência Familiar como um todo, no entanto apresenta correlações

significativas positivas entre a Internalidade ($r=.200$; $p \leq 0,05$) e Outros Poderosos ($r=.344$; $p \leq 0,05$) com a Coerência Familiar, assim como o Acaso/Sorte tem correlação significativa negativa ($r=-.213$; $p \leq 0,05$) com o Envolvimento Familiar. Estes dados podem indicar que a falta de controle da situação influencia negativamente nas dinâmicas familiares.

Para verificação da hipótese e do valor preditivo de cada variável, foi realizada a Regressão Múltipla (stepwise), onde o índice (R) indica o grau de correlação existente entre as variáveis preditoras e a variável critério. Obteve-se também o *peso* (Beta estandarizado) para cada variável antecedente na predição da variável critério. Mesmo na ausência de correlação do construto de atribuição, em um primeiro momento foi realizada uma regressão dos construtos gerais Atribuição/Locus de Controle e Estigma como preditores da Resiliência Familiar (Tabela 5).

Tabela 5

Variáveis explicativas para a Resiliência Familiar

Variáveis	R	R²	F	Sig (F)	Beta (β)	t	p
Estigma Total	,221	,049	$F_{(1)} = 5,603$	0,02	-,221	-2,367	,00

De acordo com os dados, observa-se que apenas um dos construtos hipotetizados – Estigma Total ($\beta=-.0,22$) – explicou sozinho 49% da variância da Resiliência Familiar. A partir deste resultado, decidiu-se investigar quais fatores inseridos no construto geral do Estigma estariam influenciando mais a Resiliência Familiar. Desta forma, fez-se nova regressão múltipla, excluindo as variáveis anteriormente inseridas, colocando como variáveis antecedentes a Coesão Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar e Suporte Social, decompondo assim o Estigma Total.

Tabela 6*Variáveis explicativas do Estigma para a Resiliência Familiar*

Variáveis	R	R²	F	Sig (F)	Beta (β)	t	P
Estereótipo	,262	0,69	F _(1,110) =8,052	,005	-,262	-2,838	,00
Discriminação	,344	,118	F _(2,109) =7,239	,001	,222	2,460	,01

A análise de Regressão Múltipla indicou uma quantidade moderada, mas significativa de variância compartilhada (RM=,34; R²=,118; p<01) entre a variável critério e duas variáveis antecedentes – Estereótipo e Discriminação – explicando conjuntamente 12% da variância da Resiliência Familiar para esta amostra. A variável Estereótipo (β= -,262, p < 0,00) foi a principal responsável pela explicação da variância da Resiliência Familiar (7%), seguida da dimensão Discriminação explicando 5% (β = ,222, p < 0,01). As variáveis Alienação, Evitação e Resistência não entraram na equação de regressão para explicação da influência do estigma na Resiliência Familiar.

Conclusão

Este estudo buscou identificar a influência da atribuição através do locus de controle parental e do estigma na dinâmica de resiliência familiar de pessoas em dependência química (álcool e outras substâncias na percepção de um familiar. Para tanto analisou um modelo partindo de doze variáveis antecedentes que, ao final, foi explicado apenas por duas: o estereótipo e discriminação, ambos associados ao estigma. Pode-se observar o quanto estes aspectos atingem a família do dependente químico, sem diferença entre o álcool, considerado lícito e recreativo, de outras substâncias químicas ilícitas como a cocaína, maconha e crack. Todas trazem impacto importante para a vida de pessoas que embora não façam uso de substâncias psicoativas, não tragam o impacto de uma marca em si, como afirmado por

Goffman, sofrem consequências sociais e psicológicas. Estas características negativas são reconhecidas não somente pelo grupo externo, mas também e principalmente internalizado pelas pessoas próximas do dependente, interferindo no seu modo de viver pela consequente percepção de desvalorização. Conforme Melo e Cavalcante (2019), em muitos casos verifica-se codependência do familiar cuidadora/o principal, que se volta integralmente para a questão da dependência de substâncias do/a outro/a, o que causa mudanças em todo o âmbito familiar, e se traduz como uma forma de adoecimento, em que a pessoa que cuida baseia seus vínculos pessoais em situações problema, como a dependência química e vive sua vida em torno da doença do outro, sem planos e projetos de vida.

Apesar de serem relatadas iniciativas governamentais, privadas, e do terceiro setor, ainda parecem incipientes as iniciativas voltadas para a família, e não atuam sobre as causas externas do estigma, sendo normalmente voltadas para quem sofre o preconceito, dependente químico. Se faz necessário a inserção dessas pessoas nas políticas sociais como saúde, educação, trabalho.

Referências

- Cerqueira, M. M. M. & Nascimento, E. (2008). Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. *PsicoUSF*, 13(2), 253-263. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000200012>
- Ferreira, M. P. M. (2019). Teoria (s) da atribuição: um quadro explicativo para o rendimento acadêmico. *Revista Brasileira de Educação*, 24, e240037. <https://doi.org/10.1590/s1413-24782019240037>
- Levantamento Nacional de Família de Dependentes Químicos (LENAD Família). 2014. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. http://inpad.org.br/_lenad-familia/

- Maciel, S. C.; Silva, F. F.; Pereira, C.; Dias, C. C. V. & Alexandre, T. M. O. (2018). Cuidadoras de Dependentes Químicos: Um Estudo sobre a Sobrecarga Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34416. Epub. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34416>
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry (Eds.). *Families, health and illness. Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). New York: Mosby.
- Soares, R. G. (2011). Validação da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado de Doença Mental (ISMI) Adaptada para Dependência de Substâncias. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://www.ufjf.br/crepeia/files/2009/09/Validacao-escala-estigma-ismi.pdf>
- Weiner, B. (2004). Attribution theory revisited: Transforming cultural plurality into theoretical unity. Em *Research on Sociocultural influences on motivation and learning*. Information Age Publishing, Inc., 13-29. [Links]

Essa tese buscou apresentar uma análise acerca dos processos de estigmatização, atribuição de causalidade e resiliência por familiares de pessoas em dependência química, além de especificamente construir um perfil sociodemográfico e Tipologia do Uso de Substâncias Químicas destes. Para isto, buscou-se identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (estáveis/instáveis) e controlabilidade, identificar a percepção do estigma sofrido, assim como a rejeição interpessoal ligada ao estigma em decorrência de um membro familiar dependente químico, verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social e por fim, verificar a correlação entre as variáveis relativas à Atribuição de Causalidade, Estigma e os fatores da Resiliência Familiar.

Os resultados foram organizados em quatro artigos. O primeiro artigo objetivou o identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (estáveis/instáveis) e controlabilidade. Fundamentado no Modelo Atribucional de Ação (Weiner, 1972), utilizou a Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. O segundo artigo visou identificar a percepção do estigma sofrido, assim como a rejeição interpessoal ligada ao estigma em decorrência de um membro familiar dependente químico. Pautado nos estudos de Goffman (1988), foi usado como instrumento a Escala de Estigma Percebido (Soares, 2011). O terceiro artigo, fundamentado no modelo de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993), teve como objetivo de verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social. Fez-se o uso do Questionário de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar que permitiu avaliar a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise. O quarto

artigo visou verificar a correlação entre as variáveis relativas à Atribuição de Causalidade, Percepção de Estigma e os fatores da Resiliência Familiar.

Acredita-se que os resultados dessa pesquisa permitam que pesquisadores possam compreender melhor os mecanismos envolvidos na dinâmica familiar do usuário de droga, vindo a desenvolver modalidades preventivas que levem em consideração, especificamente, os aspectos de prevenção e promoção de saúde da família como um todo e do familiar cuidador de forma mais específica, assim como contribuir na construção de intervenções terapêuticas partir da perspectiva da família do dependente químico

Como limitação, aponta-se a dificuldade para coletar os dados, que foram realizados através de um formulário online contendo instruções de programação e os instrumentos do estudo. A coleta foi realizada no ano de 2021, período este marcado pelo auge da pandemia do COVID-19. Dessa forma, houve dificuldades em encontrar essa amostra tão específica, além da resistência em responder ao estudo da maior parte dos entrevistados por pensarem se tratar de golpes cibernéticos, instituições ou investigações judiciais, acarretando a princípio em sentimentos de desconfiança e julgamentos morais.

Pelo mesmo motivo, este estudo adotou a abordagem quantitativa para a obtenção de informações sobre o estigma internalizado entre dependentes de substâncias. Apesar de figuras numéricas serem úteis para análises objetivas de dados, pretendia-se completar a coleta em grupos de familiares, mas não foi possível. Estudos com uma combinação de métodos quantitativos e abordagens qualitativas devem ser executados para maior entendimento de como os efeitos negativos das atribuições de causalidades e do estigma internalizado afetam a resiliência e as relações sociais e impedem a busca de atendimento ao familiar de dependentes de substâncias. Estudos longitudinais também seriam de grande importância para melhor compreender o processo de internalização do estigma e avaliar as consequências de longo prazo do estigma na vida de uma pessoa.

REFERÊNCIAS

- Anaut, M. (2005). *A Resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-143-6.
- Bard, N. D.; Antunes, B.; Roos, C. M.; Olschowsky, A. & Pinho, L. B. (2016). Stigma and prejudice: the experience of crack users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>
- Buriola, A. A; Silva, A. S. T; Prestes, A. H. O; Nascimento, L. A. S; Cavalleri, M. Z. & Bordão, M. H. F. C. C. (2018). Análise de determinantes intrapessoais e interpessoais como motivos de recaída no contexto da dependência química. *Journal Nursing and Health*. 8(2):e188209. doi 10.15210/jonah.v8i2.14022
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D.T. Gilbert & S.T. Fiske (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Cerqueira, M. M. M. & Nascimento, E. (2008). Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. *PsicoUSF*, 13(2), 253-263.
- Ferreira, A. C. Z; Capistrano, F. C; Souza, E. B; Borba, L. O; Kalinke, L. P & Maftum, M. A. (2015). Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 415-22. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680314i>
- Ferreira, M. P. M. (2019). Teoria (s) da atribuição: um quadro explicativo para o rendimento acadêmico. *Revista Brasileira de Educação*, 24, e240037. <https://doi.org/10.1590/s1413-24782019240037>
- Goffman, E. (1963). *Stigma - Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC. 158 p.

- Heider, F. *Psicologia das relações interpessoais*. São Paulo. Pioneira/Ed. da Universidade de São Paulo, 1970, 353p.
- Herek, G. M. (2009a). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of interpersonal violence*, 24(1), 54-74.
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T., & Scott, R.A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD). 2014. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
- Levantamento Nacional de Família de Dependentes Químicos (LENAD Família). 2014. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. http://inpad.org.br/_lenad-familia/
- Maciel, S. C.; Silva, F. F.; Pereira, C.; Dias, C. C. V. & Alexandre, T. M. O. (2018). Cuidadoras de Dependentes Químicos: Um Estudo sobre a Sobrecarga Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34416. Epub. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34416>
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra. Formasau: Formação e Saúde Lda.
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry (Eds.). *Families, health and illness. Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). New York: Mosby.

- Moraes, L. M. P.; Braga, V. A. B.; Souza, A. M. A. & Oriá, M. O. B. (2009). Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 32-42.
- Oliveira, A. (2010). Resiliência para principiantes. Lisboa: Edições Silabo. ISBN: 978-972-618-575-8
- Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Peixoto, M. J. & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75.
- Ronzani, T. M. & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>
- Santos, S.I. (2012). Factores sociodemográficos que influenciam a resiliência: estudo comparativo com pais de crianças com e sem doença (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Silva, D., Moll, M. F. & Ventura, C. A. A. (2018). O Tratamento da Dependência Química e os Direitos Humanos. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 7(2), 113-122. doi: [https://doi.org/10.17063/bjfs7\(2\)y2018113](https://doi.org/10.17063/bjfs7(2)y2018113)
- Silva, M. R. S., Lacharité, C., Silva, P. A., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2009). Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. *Texto Contexto Enfermagem*, 18 (1), 92-99. ISSN: 0104-0707.
- Silveira, P. S.; Martins, L. F.; Soares, R. G.; Gomide, H. P. & Ronzani, T. M. (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 131-138.

- Silveira, T.M., Caldas, C.P., & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos Saúde Pública*, 22, 1629-1638. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800011.
- Soares, R. G. (2011). Validação da versão brasileira da “Escala de Estigma Internalizado de Doença Mental (ISMI) Adaptada para Dependência de Substâncias. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://www.ufjf.br/crepeia/files/2009/09/Validacao-escala-estigma-ismi.pdf>
- Soares, R. G., Nery, F. C., Silveira, P. S., Noto, A. R., & Ronzani, T. (2011). A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 635-645. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000400014>
- Soccol, K. L. S.; Terra, M. G.; Ribeiro, D. B.; Teixeira, J. K. S.; Siqueira, D. F. M.. & Sadjá, C. T. S. (2014). O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. *Cogitare Enferm.* 19(1):118-24. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35967>
- Sousa, L., Relva, A.P., & Mendes, Á. (2007). Enfrentar a velhice e a doença crónica. Lisboa: Climepsi.
- Stuart, B., Fitzsimons, M., Moore, R., & Neto, G. D. (2017). Dependência química em anesthesiologistas: a atualidade. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(3), 227-230. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2017.01.001>
- Trindade, V.; Bunn B. C. (2017). “Não quebrou a corrente, mas abriu um elo entre nós”: o impacto da dependência química materna sobre o vínculo mãe-filho. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, vol. 13 (1), pp. 4-12 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80349973002>
- Varela, T. C. A. (2016). Estigma da Homossexualidade Masculina: Percepção de emoções na expressão facial dos outros pelos Homossexuais Masculinos em comparação com Heterossexuais Masculinos, Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de

Humanidades e Tecnologias. Lisboa Portugal.

<http://hdl.handle.net/10437/8309>

Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51, 130-137.

Weiner, B. & Kukla, A. (1970). A. An attributional analysis of achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15(1), 1-20.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0029211>

Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71(1), 3-25. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.71.1.3>

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychology Review*, 92(4), 548-573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>

Weiner, B. (2004). Attribution theory revisited: Transforming cultural plurality into theoretical unity. Em Research on Sociocultural influences on motivation and learning. *Information Age Publishing, Inc.*, 13-29.

Wernet, M. (2005). Resiliência Familiar: A Importância do Conceito para a Enfermagem. *Revista Informar*, ano XI (35), 15 – 16.

Zerbetto S. R, Galera S. A. F, Ruiz B. O. (2017). Resiliência familiar e dependência química: percepção de profissionais de saúde mental. *Rev Bras Enferm* [Internet].;70(6):1250-6.
<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267053415010.pdf>

Zerbetto, S. R.; Cid, J. M.; Gonçalves, A. M. S., & Ruiz, B. O. (2018). As crenças de família sobre dependência de substâncias psicoativas: estudo de caso. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 608-616. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1223>

APÊNDICE

INSTRUMENTOS

- Em relação à saúde do seu familiar em dependência química, assinale o quanto você concorda ou discorda das afirmações abaixo:

Lócus de Controle	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Nem discordo, nem concordo
A1. Posso fazer muitas coisas para que meu familiar não use drogas.					
A2. Posso fazer muitas coisas para manter meu familiar sem o uso de drogas.					
A3. O uso de drogas pelo meu familiar depende, em grande parte, de como eu cuido dele.					
A4. Posso fazer alguma coisa para evitar que meu familiar use drogas.					
A5. Posso fazer muitas coisas para evitar que meu familiar sofra acidentes.					
A6. Posso tomar cuidados para que meu familiar tenha uma boa conduta.					
A7. Sempre que meu familiar passa mal, o melhor a fazer é levá-lo imediatamente a um hospital.					
A8. Confio inteiramente no médico, ele estudou e sabe o que é melhor para meu familiar.					
A9. Na maioria das vezes, quem pode cuidar da dependência química do meu familiar são os psiquiatras.					
A10. Quando meu familiar usa drogas, o melhor a fazer é levá-lo ao médico.					
A11. Na maioria das vezes, quem pode evitar que meu familiar use					

drogas são os médicos e os psicólogos.					
A12. É papel dos nutricionistas garantir que meu familiar tenha uma alimentação saudável.					
A13. A dependência química do meu familiar depende da sorte.					
A14. Não importa o que eu faça, meu familiar usa drogas por falta de sorte.					
A15. Pessoas que nunca usam drogas contam com a sorte.					
A16. O uso de drogas pelas pessoas é obra do destino.					
A17. Se meu familiar tem azar, nada que eu ou os médicos façam pode evitar que ele use drogas.					
A18. Se meu familiar tem que usar drogas, ele vai usar e não há nada nem ninguém que possa evitar.					
	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Nem discordo, nem concordo
Estigma Internalizado					
B1. Você se sente fora de lugar no mundo por ter um familiar em dependência química.					
B2. Pessoas com dependência química tendem a ser violentas.					
B3. As pessoas te discriminam por você ter um familiar que é dependente químico.					
B4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem familiares em dependência química para evitar rejeição.					
B5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter um familiar em dependência química.					

B6. Pessoas com dependência química não deveriam se casar.					
B7. As pessoas com dependência química fazem importantes contribuições para a sociedade.					
B8. Você se sente inferior aos outros que não possuem familiar em dependência química.					
B9. Você não se socializa tanto quanto costumava porque ter um familiar dependente químico poderia te fazer ou se comportar “estranho”					
B10. Pessoas com familiares em dependência química não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.					
B11. Você não fala muito sobre seu familiar porque não quer incomodar aos outros com seu problema familiar.					
B12. Imagens negativas sobre a dependência química te mantem afastado do mundo “normal”.					
B13. Estar rodeado por pessoas que não tem um familiar dependente químico te faz sentir fora de lugar ou inadequado.					
B14. Você se sente à vontade quando está em público na companhia de seu familiar dependente químico.					
B15. As pessoas frequentemente te tratam com condescendência apenas porque você tem um familiar com dependência química.					
B16. Você está desapontado por ter um familiar com dependência química.					

B17. Ter um familiar dependente químico tem prejudicado sua vida.					
B18. As pessoas percebem que você tem um familiar dependente químico pela aparência.					
B19. Por você ter um familiar dependente químico, você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.					
B20. Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.					
B21. Pessoas que não tem familiares com dependência química possivelmente não conseguiriam te compreender.					
B22. As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem um familiar dependente químico.					
B23. Você não pode contribuir com nada para a sociedade por ter um familiar dependente químico.					
B24. Viver com uma pessoa em dependência química te tornou um forte sobrevivente.					
B25. Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque tem um familiar dependente químico.					
B26. Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.					
B27 - Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu familiar dependente químico.					
B28. O outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por ter um familiar dependente químico.					

B29. As imagens sobre os dependentes químicos se aplicam a você.					
	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Nem discordo, nem concordo
RESILIENCIA FAMILIAR					
C1. Nós lidamos com os problemas familiares aceitando as situações estressantes como um acontecimento de vida.					
C2. Nós lidamos com os problemas familiares aceitando que as dificuldades acontecem quando menos se espera.					
C3. Nós lidamos com os problemas familiares encarando o problema familiar de uma forma mais positiva de modo a evitar o desânimo.					
C4. Nós lidamos com os problemas familiares tendo fé em Deus.					
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequente	Sempre
C5. Na minha família todos dizem o que querem.					
C6. Na minha família, cada um participa nas grandes decisões da família.					
C7. Na minha família, as sugestões das crianças são tidas em conta na resolução de problemas.					
C8. Na minha família, as crianças têm algo a dizer quanto à sua disciplina/castigo.					
C9. A nossa família tenta novas maneiras de lidar com os problemas.					

C10. Na minha família, quando os problemas surgem, todos se empenham em resolvê-los.					
C11. Na minha família, nós alternamos a responsabilidade de pessoa a pessoa.					
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequente	Sempre
C12. Na minha família, é mais fácil discutir/conversar os problemas com as pessoas externas à família do que com os membros da família.					
C13. Na minha família, todos se sentem mais próximos das pessoas de fora do que com os próprios familiares.					
C14. Na minha família, cada um segue o seu caminho					
C15. Na minha família, as pessoas dividem-se em vez de funcionar como um todo.					
C16. Na minha família, as pessoas evitam-se umas às outras em casa.					
C17. Na minha família, as pessoas têm dificuldade em pensar no que se deve fazer como família.					
C18. Na minha família, as pessoas seguem as decisões familiares.					
	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo, nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
C19. Se eu tivesse uma emergência, mesmo as pessoas que eu não conheço nesta comunidade, estariam disponíveis para ajudar.					

C20. Eu sinto-me bem comigo próprio quando me sacrifico e dou tempo e energia à minha família.					
C21. As coisas que eu faço pelos meus familiares e o que eles fazem por mim, fazem-me sentir parte deste importante grupo.					
C22. As pessoas sabem que se tiverem problemas podem ter ajuda/apoio da comunidade.					
C23. Tenho amigos que me valorizam pelo o que eu sou e pelo que faço.					
C24. As pessoas podem apoiar-se umas às outras nesta comunidade.					
C25. Os membros da família raramente ouvem os meus problemas ou preocupações. Sinto-me frequentemente criticado.					
C26. Nesta comunidade, os meus amigos fazem parte das atividades do meu dia a dia.					
C27. Às vezes os membros da minha família fazem coisas que tornam os outros familiares infelizes.					
C28. Eu preciso de ser cuidadoso no que faço pelos meus amigos porque eles aproveitam-se de mim.					
C29. Viver nesta comunidade me dá segurança.					
C30. Os membros da minha família fazem um esforço para me demonstrarem amor e afeto.					
C31. Há um sentimento nesta comunidade de que as pessoas					

não devem ser muito amigas umas com as outras.					
C32. Esta não é uma comunidade muito boa para nela crescerem as crianças.					
C33. Eu sinto-me segura, pois sou tão importante para os meus amigos como eles são para mim.					
C34. Eu tenho alguns amigos muito chegados à família que sei que se interessam e gostam de mim.					
C35. Eu sinto que os membros da minha família parecem não me entenderem.					

Gratos pela sua colaboração.

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO, ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE E RESILIÊNCIA EM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Pesquisador: Franciane Fonseca Teixeira Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39921020.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.432.484

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social cuja pesquisadora pretende analisar os processos de estigmatização, atribuição de causalidade e resiliência por familiares de pessoas em dependência química.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os processos de estigmatização, atribuição de causalidade e resiliência por familiares de pessoas em dependência química.

Objetivo Secundário:

- 1 - Construir um perfil sociodemográfico e tipologia familiar;
- 2 - Identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (estáveis/instáveis) e controlabilidade;
- 3 - Identificar a percepção do estigma sofrido, assim como a rejeição interpessoal ligada ao estigma em decorrência de um membro familiar dependente químico;
- 4 - Verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social;

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.432.484

-se, ainda, ser dever da pesquisadora responsável suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, consequente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime. Ademais, a pesquisadora responsável desse projeto garante encaminhar os resultados da pesquisa à plataforma Brasil e para publicação, com os devidos créditos aos demais pesquisadores envolvidos, contribuindo, assim, para o desenvolvimento e melhor entendimento do estudo com cuidadores de dependentes químicos no cenário nacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e metodologia bem fundamentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória atendem aos requisitos formais do CEP.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer favorável a execução desse projeto de pesquisa, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1642095.pdf	09/11/2020 11:57:06		Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.432.484

Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	09/11/2020 11:55:38	Franciane Fonseca Teixeira Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO.pdf	02/10/2020 11:44:28	Franciane Fonseca Teixeira Silva	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	02/10/2020 11:40:15	Franciane Fonseca Teixeira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	02/10/2020 11:36:19	Franciane Fonseca Teixeira Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/10/2020 11:35:02	Franciane Fonseca Teixeira Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 01 de Dezembro de 2020

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXOS



Universidade Federal da Paraíba
Doutorado em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção Da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esta pesquisa que tem como tema “Processos de Estigmatização, Atribuição de Causalidade e Resiliência em Famílias no Contexto da Dependência Química,” desenvolvida pela Doutoranda em Psicologia Social (UFPB), Franciane Fonseca Teixeira Silva sob orientação da Profa. Dr^a Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, locada no Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, no período que vai de dezembro de 2020 a março de 2022. O estudo tem como objetivo geral analisar os processos de estigmatização, atribuição de causalidade e resiliência por familiares de pessoas em dependência química. Apresentando como objetivos específicos: (1) Construir um perfil sociodemográfico e Tipologia do Uso de Substâncias Químicas; (2) Identificar as causas atribuídas pelo familiar à dependência química do membro familiar, considerando sua localização/internalidade (interna ou externa ao indivíduo), estabilidade (estáveis/instáveis) e controlabilidade; (3) Identificar a percepção do estigma sofrido, assim como a rejeição interpessoal ligada ao estigma em decorrência de um membro familiar dependente químico; (4) Verificar a capacidade de resiliência familiar considerando a Coerência, Flexibilidade, Envolvimento e Suporte Social; (5) Verificar a correlação entre as variáveis relativas à Atribuição de Causalidade e Estigma e os fatores da Resiliência Familiar. Essa estratégia se mostra importante, pois acredita-se que os resultados dessa pesquisa permitam que pesquisadores possam compreender melhor os mecanismos envolvidos no contexto dos familiares de dependentes químicos, vindo a desenvolver modalidades preventivas que levem em consideração, especificamente, os aspectos de percepção das causas do uso, estresse, estigma social, estratégias de enfrentamento e resiliência familiar. Frente aos objetivos apresentados, solicitamos a sua colaboração para responder o questionário (com duração média de 20 minutos), assim como requerer sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos das áreas de Psicologia Social e saúde e possíveis publicações em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece como riscos possíveis desconfortos, podendo enfrentar apenas algum constrangimento ou estresse ao ler a redação dos itens, respeitando as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS (Conselho Nacional de Saúde) 510/16 e 466/12. Esta pesquisa terá como benefício a promoção de reflexão dos participantes frente a temática exposta. Vale

ressaltar, que o estudo não acarretará nenhuma despesa ao colaborador. Esclarecemos que a sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso seja de seu interesse, ao fim da pesquisa, uma devolutiva pode ser apresentada. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma cópia desse documento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, concordo participar da pesquisa “Processos de Estigmatização, Atribuição de Causalidade e Resiliência em Famílias no Contexto da Dependência Química”. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ser prejudicado. Li e concordo em participar como voluntário da pesquisa descrita acima. Estou ciente que recebi uma cópia deste documento.

INSTRUMENTOS

Neste questionário será usado os termos “dependente químico” ou “uso de drogas” incluindo o álcool e as outras drogas, mas, por favor, pense nisto usando o termo que você acha que melhor se aplica.

I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E TIPOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

Sobre o Familiar Cuidador:

- Cidade/Estado onde mora: _____
- Sexo : () Feminino () Masculino - Idade: _____ anos
- Estado Civil : () Solteiro(a) () casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)
- Renda Familiar R\$: () Até 1.000,00 () 1.001,00 à 2.000,00 () 2.001,00 à 5.000,00
() 5.000,00 à 10.000,00 () +10.000,00
- Escolaridade: () sem escolarização () 1º grau () Médio () superior () Pós-graduação
- Você se declara: () Branco(a) () Negro(a) () Pardo () Indígena () outro
- Qual seu parentesco com o familiar dependente químico?
() pai/mãe () irmã(o) () esposo(a) () filho(a) () Outro: _____
- Se considera o membro da família mais próximo: () Sim () Não

Sobre o Familiar Dependente Químico:

- Sexo: () Feminino () Masculino - Idade: _____ anos
- Estado Civil: () Solteiro(a) () casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)
- Possui renda própria: () Sim () Não
- Escolaridade: () sem escolarização () 1º grau () Médio () superior () Pós-graduação
- Se declara: () Branco(a) () Negro(a) () Pardo () Indígena () outro
- Qual o tipo de substância utiliza (pode assinalar mais de uma):
() álcool () maconha () cocaína () crack () outra:

- Tempo de uso: _____ anos.

- Já fez tratamento? () Sim () Não

- Está em tratamento? () Sim () Não

Sobre a Família:

- Quantas pessoas residem na casa? _____ pessoas.

- Possui outros familiares usuários? () Sim () Não

- Como a família descobriu o uso? _____

- Quanto a dependência química do familiar afetou a família:

() Nada () Muito pouco () Um pouco () Muito () Drasticamente

- **A que você atribui a dependência química do seu familiar?**
