

QUESTÕES AFETIVAS EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS

AUTORES

Daniele Nunes Longhi ALEIXO
Discentes do curso de Psicologia UNILAGO

Patrícia Santos TEIXEIRA
Docente do curso de Psicologia UNILAGO

RESUMO

A família tem passado por inúmeras transformações ao longo do tempo, sendo, portanto, passível de vários tipos de arranjos na atualidade. Quando se trata do assunto das interações em famílias de dependentes químicos, os membros tendem a apresentar relacionamentos conflituosos e a afetividade comprometida. Frente a esta realidade, as relações familiares no contexto da dependência química têm sido foco de numerosos estudos. A literatura consultada salienta que a família exerce um papel preponderante e tem servido de motivação constante no processo de recuperação do dependente químico, porém o excesso de cuidado adoeceria o familiar envolvido. Conclui-se pela necessidade de mais investigações referentes à questão familiar no tratamento da dependência química a fim de minimizar o comprometimento do afeto.

PALAVRAS - CHAVE

Afeto, Família, Dependência Química.

1. INTRODUÇÃO

Cada indivíduo tem expectativas, crenças, valores e interpretações próprias. A construção da família e a história de vida de cada pessoa são encaradas de forma individual. O que ocorre em uma família passa a atingir seus membros de formas diferentes. Os componentes individuais dão tonalidades e interpretações características para cada pessoa, o que para um se refere à posição de ordem, para outro pode ser autoritarismo; o que para uns é cuidado, para outros pode ser sufoco (SZYMANSKI, 1992).

Quando se trata do assunto das interações em famílias de dependentes químicos, a família tende a apresentar relacionamentos conflituosos e a afetividade comprometida. É de suma importância a família no tratamento do adicto, pois é o primeiro e principal sistema onde se observam as conseqüências advindas. A família afeta e é afetada pelo dependente de drogas. O sistema familiar funciona como um sistema completo; e qualquer transformação poderá interferir num todo. O dependente químico é um indivíduo que está inserido numa realidade objetiva e subjetiva precisando de cuidados específicos (SILVEIRA apud GORGULHO, 1996).

Nas últimas décadas do século XX, o uso abusivo de drogas aumentou significativamente, passando a ser encarado como um problema de saúde pública.

Para Freires e Gomes (2012), apud Orth, Moré (2008), a drogadição se expressa no indivíduo através de comportamentos relacionados à sua conduta em relação à droga, que por sua vez, sustenta o processo da dependência química, constituindo um processo de retroalimentação presente tanto nos tipos de drogas lícitas quanto nas ilícitas. Estabelecido este circuito, poderá afetar diretamente as relações interpessoais, sendo o sistema familiar o primeiro a sofrer conseqüências, tanto na saúde psíquica quanto orgânica dos envolvidos, causando extrema vulnerabilidade das relações familiares.

2. A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

Segundo Marinho e Merkle (2009) a definição do Autismo teve início na primeira descrição dada por Leo Kanner, em 1943, no artigo Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo (Autistic disturbances of affective contact), na Revista Nervous Children. Nessa primeira publicação, Kanner (1943) ressalta que o sintoma fundamental, “o isolamento autístico”, estava presente na criança desde o início da vida sugerindo que se tratava então de um distúrbio inato. Nela, descreveu os casos de onze crianças que tinham em comum um isolamento extremo desde o início da vida e um anseio obsessivo pela preservação da rotina, denominando de autistas.

O Autismo é classificado na CID-10 (1993) de Transtornos invasivos do desenvolvimento, Autismo infantil, Autismo atípico, Síndrome de Rett, Outro transtorno desintegrativo da infância, Transtorno de hiperatividade associado a retardo mental e movimentos estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros transtornos invasivos do desenvolvimento, Transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado.

Segundo o CID-10 (1993) o transtorno é caracterizado por anormalidades qualitativas em interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Essas anormalidades qualitativas são um aspecto invasivo do funcionamento do indivíduo em todas as situações, embora possam variar em grau. Na maioria dos casos, o desenvolvimento é anormal desde a infância e, com apenas poucas exceções, as condições se manifestam nos primeiros 5 anos de vida. É usual, mas não invariável, haver algum grau de comprometimento cognitivo, mas os transtornos são definidos em termos de comportamento que é desviado em relação à idade mental (seja o indivíduo retardado ou não). Há algum desacordo quanto à subdivisão desse grupo global de transtornos invasivos do desenvolvimento.

De acordo com o CID-10 (1993) o autismo infantil é um transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal ou comprometido que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. O transtorno ocorre em meninos três ou quatro vezes mais frequentemente que em meninas.

Segundo o CID-10 (1993) é frequente a criança com autismo mostrar uma série de outros problemas não específicos tais como medo, fobias, perturbações de sono e alimentação, ataques de birra e agressão. Autolesão por ex. morder o punho, é bastante comum, especialmente quando há retardo mental grave associado. A maioria dos indivíduos com autismo carece de espontaneidade, iniciativa e criatividade na organização de seu tempo de lazer e tem dificuldade em aplicar conceitualizações em decisões no trabalho mesmo quando as tarefas em si estão à altura de sua capacidade, a manifestação específica dos déficits característicos do autismo muda à medida que as crianças crescem, mas os déficits continuam através da vida adulta com um padrão amplamente similar de problemas na socialização, comunicação e padrões de interesse. As anormalidades do desenvolvimento devem estar presentes nos primeiros 3 anos para que o diagnóstico seja feito, mas a síndrome pode ser diagnosticada em todos os grupos etários.

Segundo Marinho e Merkle (2009) também pode ser definido como uma síndrome comportamental com etiologias diferentes, na qual o processo de desenvolvimento infantil encontra-se profundamente distorcido, Diferentes sistemas diagnósticos (DSM-IV/APA, 1994; CID-10/Who, 1992), têm baseado seus critérios em problemas apresentados em três domínios (tríade de prejuízos), tais quais observados por Kanner (1943) que são:

- a) prejuízo qualitativo na interação social.
- b) prejuízo qualitativo na comunicação verbal e não verbal, e no brinquedo imaginativo.
- c) comportamento e interesses restritivos e repetitivos.

Segundo o DSM - V (2013) as características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social, e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário, o estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente, características diagnósticas estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio podem mascarar as dificuldades em alguns contextos, manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica, daí o uso do termo espectro.

De acordo com o DSM - V (2013) o transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

3. A FAMÍLIA COMO REDE SOCIAL DE APOIO NA DROGADIÇÃO

Para Hermeto, Sampaio e Carneiro (2010), as experiências inadequadas vivenciadas pela família em relação aos sentimentos, à educação para a independência, a compreensão de regras e limites podem instituir importantes indícios na proteção dos jovens quanto à forma de se relacionarem com o oferecimento de substâncias químicas que levam ao prazer, liberdade e auto-satisfação. No entanto, não existem atribuições para

prevenir o abuso de drogas; o que parece existir são possibilidades de se criar relações singulares no contexto da cidadania e da saúde com intenção de delegar respeito, potência crítica, sentido de pertencimento e amparo.

Apesar de a instituição familiar englobar um contexto antigo e com várias definições, a partir da década de 1950 passou a ser incorporada como área de interesse da psicologia, contribuindo com perspectivas de tratamento e a resolução de problemas familiares.

Há uma tendência dos familiares de se sentirem envergonhados e com sentimentos de culpa. Esses sentimentos devem-se ao fato de a família perder muito tempo para aceitar e procurar ajuda profissional, o que colabora para agravar o caso. Neste panorama, as abordagens direcionadas às famílias são compreendidas como intervenções com a participação de todos no processo psicoterapêutico e orientação familiar (FIGLIE, BORDIN e LARANJEIRA, 2010).

O apoio familiar é o principal suporte para a reestruturação do dependente químico a qualquer estágio em que se encontre a gravidade do problema. Na maioria das vezes, familiares envolvidos e preocupados com o problema das drogas questionam-se como e quando tudo isso teve início. Considera-se relevante compreender que o momento no qual a droga passa a subsistir dentro de um sistema familiar, passa a estar intimamente ligado ao próprio ciclo da vida em família. (FIGLIE, BORDIN e LARANJEIRA, 2010).

Compreende-se que as intervenções no campo social dos indivíduos estão associadas aos direitos das necessidades básicas, que tem por excelência os reflexos psicossociais que confronta a questão das drogas psicoativas na composição afetiva e familiar do indivíduo envolvido na drogadição, culminando em agravos sociais, o que convém contemplar intervenções em diferentes contextos. A problemática da dependência de drogas insiste pela reflexão estendida sobre o tratamento, considerando importante a família e sua rede social de apoio no processo de tratamento e manutenção da abstinência (SOUZA e cols., 2011).

O diálogo constitui uma ferramenta importante para a prevenção de drogas. Os problemas relativos à comunicação e a falta de percepção da família podem afetar o bem-estar do usuário, conduzindo-os à ambientes inapropriados e vulneráveis. Quando sentem que estão seguros, tendem a ter uma relação mais próxima com os pais, e conseqüentemente o estabelecimento de apoio mútuo e confiança num lar saudável e acolhedor (FREIRES E GOMES, 2012).

Quando a família percebe o distanciamento do indivíduo, passa a constituir uma experiência angustiante para os membros envolvidos. É importante considerar que a qualidade dos vínculos familiares é fator decisivo na possibilidade de viver a experiência da margem sem pender ou tombar para o desvio.

Quando os familiares admitem e enfrentam a dependência química, buscam apoio e inspecionam suas crenças, percebem que não são impotentes e que a mudança é viável (SEADI e OLIVEIRA, 2009).

4. ASPECTOS AFETIVOS SEGUNDO A TEORIA DO APEGO

Um dos pressupostos da Teoria do Apego é de que as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o padrão de apego do indivíduo ao longo de sua vida. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, abarcando as necessidades cognitivas e emocionais da criança em desenvolvimento (BOWLBY, 1989).

Bowlby (2002), disponibilizou o apego em três modelos – seguro, inseguro e ambivalente – e ponderou que na existência de um modelo de apego seguro há uma vinculação afetiva pacífica na infância com a principal figura de apego, enquanto que no apego inseguro, geralmente, ocorre uma ameaça contínua na acessibilidade da figura de vinculação, e por fim, no modelo de apego ambivalente, existe uma dificuldade em manter

relacionamentos duradouros e comprometidos por causa da baixa auto-estima em função da deficiência de continuidade na relação de apego, produzindo um sentimento de solidão.

No apego ambivalente há uma tendência normativa segura e/ou insegura ao mesmo tempo, um misto de sentimentos adquiridos e perda muito forte que atrapalham a forma de pensar sobre o futuro nos relacionamentos. Bowlby (2002), expõe suas idéias para compreender como os seres humanos interagem e por que algumas crianças se desenvolvem felizes e autoconfiantes, enquanto outras deprimidas e ansiosas, ainda emocionalmente frias e anti-sociais.

Bowlby (2006), fez investigações acerca dos efeitos prejudiciais que acompanham a separação de crianças em desenvolvimento, de suas mães. Após o surgimento de uma relação afetiva forte, a criança sentiria maior dano com a separação e isso poderia ser o fator eliciador de problemas afetivos no futuro. Os vínculos afetivos e os estados emocionais estão entrelaçados. Sendo assim, muitas das emoções humanas surgem durante a formação, manutenção e rompimento dos vínculos afetivos.

Há indícios de que boa parte do comportamento de um tipo desconcertante e patológico tem procedência em uma ou outra dessas formas. Em termos subjetivos podemos descrever que a ameaça da perda gera ansiedade, e a perda real causa tristeza, ao passo que ambas as situações podem gerar um sentimento de raiva. Por fim, a manutenção incontestada de um vínculo é pautada como uma fonte de segurança e a renovação de um vínculo como uma fonte de júbilo.

Ao longo do desenvolvimento, a criança vai adquirindo habilidades para formar novos apegos a figuras específicas e selecionadas no contingente de suas interações sociais. Quando atinge a adolescência, o apego vai deixando de ser assimétrico e assumindo uma função mais integrada nos relacionamentos. Quando adultos, nota-se que o apego aparece simétrico, sendo cada parceiro fornecedor de uma base segura para o outro, quando a interação é caracterizada por um bom funcionamento afetivo (MAIN, 1999).

5. DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O consumo de substâncias químicas evoluiu a partir da segunda metade do século XX, entendendo-se nas últimas décadas como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública. A dependência química é um problema que vem recebendo crescente atenção, mobilizando tanto o sistema de saúde quanto a sociedade num todo (PRATTA e cols., 2009 apud AGUILLAR & PILLON, 2005; CANOLETTI & SOARES, 2005; MARTINS & CORRÊA, 2004).

Para Pratta e cols., (2009), o uso de substâncias químicas não é um evento novo, e sim uma prática milenar, um fenômeno único da época em que vivemos. Pode-se dizer que o homem desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, sempre se engajou em buscar alternativas de aumentar seu prazer e reduzir o seu sofrimento.

Tentando explicar, guiar e orientar as observações dos autores acerca dos modelos etiológicos da dependência química, várias teorias explicam a ordem e o motivo da ocorrência de determinados fenômenos, oferecendo uma base para que se fundamentem intervenções embasadas nessas informações.

Para Figlie, Bordin e Laranjeira (2010), o modelo de doença, ao qual se resume no aspecto biológico, é caracterizado como um transtorno primário e que não depende de outros estados: uma herdada disposição biológica aos efeitos do álcool ou das drogas. A dependência é subtendida como sendo semelhante a transtornos como a hipertensão essencial, ou seja, sem uma causa definida ligada a uma predisposição herdada.

Dentro do modelo psicológico, a teoria cognitivo-comportamental baseia-se na premissa de que a dependência é um hábito adquirido ou de um comportamento aprendido, automático e readaptável (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA e cols., 2011).

O modelo biológico parte do aspecto orgânico na tentativa de explicar as mudanças físicas e psíquicas da dependência química. Essas teorias preconizam uma predisposição biológica para o desenvolvimento do uso inadequado de substâncias químicas (FIGLIE, BORDIN e LARANJEIRA, 2010).

O modelo familiar é fundamental para o apoio e formação do indivíduo, é a base primordial para o seu desenvolvimento e como parte operante no tratamento psicossocial do adicto. A prevenção do uso de drogas depende do desempenho da família, na imposição dos seus valores e a importância de uma comunicação clara e fidedigna, devendo principalmente estar presente os limites e regras (CRUZ, 2008).

Para Marlatt e cols., (2009), o ambiente social como pressão dos pares; exposição a locais de uso; relacionamento interpessoal; apoio social, familiar e conjugal e a capacidade e habilidades para elaborar redes de relacionamentos constitui-se em uma das influências interpessoais fundamentais para a exposição de risco. Portanto, o investimento na comunicação e no diálogo valoriza as relações interpessoais e oferece condições aos dependentes para a recuperação da auto-estima e a auto-eficácia nas relações, podendo compreender e serem compreendidos.

Vários teóricos pretendem afirmar que a dependência química reflete não apenas no usuário, mas também nos familiares inseridos neste contexto, enfatizando assim a importância do estudo e do funcionamento relacional dessas famílias (ARAGÃO, MILAGRES e FIGLIE, 2009).

A dependência química se manifesta no indivíduo por sua conduta adicta que, por sua vez sustenta o processo do vício, constituindo um sistema de retroalimentação, seja na presença de drogas ilícitas ou lícitas. Esse circuito afeta diretamente as relações interpessoais, sendo a família o primeiro sistema a ser prejudicado (ORTH e MORÉ, 2008).

Segundo Medeiros e cols., (2013), a dependência química pode gerar um desequilíbrio em toda a estrutura e funcionamento familiar, ocasionando num rompimento do vínculo entre seus membros, levando-os então a vivenciar profundas mudanças em suas vidas.

Em famílias consideradas desorganizadas e disfuncionais, os filhos sofrem com uma interação familiar negativa, apresentando um risco aumentado para o consumo de substâncias químicas, sendo também um grupo vulnerável ao desenvolvimento da depressão, ansiedade, transtorno de conduta e fobia social (FIGLIE e cols., 2004 apud WEST, 1987; MERIKANGAS e cols., 1985; COTTON, 1979).

O convívio dos familiares com o usuário de drogas é acometido à medida que a dependência química evolui e se desenvolve, ocasionando prejuízos sem medidas como instabilidade financeira, violência física, psicológica e verbal, reduzindo os padrões da qualidade de vida, tornando-se um fardo para todos; pois quando os membros se conscientizam do problema há uma culpabilidade dos familiares.

Em situações de uso e abuso de drogas, mesmo com toda a estrutura familiar abalada, os membros sofrem em graus variados de aproximação e distanciamento perante aos impactos negativos em relação ao comportamento do adicto e, conseqüentemente, a família é representada por um membro familiar que se encarrega do papel de cuidador, sendo assim, os cuidados recaem ocasionalmente sobre um membro da família, fazendo com que este sinta a sobrecarga do processo intenso de cuidar (MARCONS e cols., 2012).

Diante da percepção do uso de drogas, um dos membros começa a conviver com esta realidade e tende a sofrer por não saber lidar com os problemas advindos da drogadição. Nota-se que, muitas vezes, participa de atividades grupais com sentimentos de desamparo, confiando que será auxiliado a compreender o que é a

dependência química. O familiar percebe o problema e inicia uma mobilização. Nos grupos, a família poderá encontrar junto com outras famílias formas de engajar o dependente químico no processo de recuperação. (ALVAREZ e cols., 2012).

Geralmente os dependentes químicos não mantêm uma família ou nunca formaram uma, apresentam barreiras em sustentar as estruturas familiares. Em consequência disto se deve a sua grande dificuldade na regulação das relações e dos afetos. Especialistas corroboram o fato de que os adictos substituíram o relacionar-se com pessoas por uma familiarização com a substância química (MINAYO e SCHENKER, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, pudemos assimilar algumas questões sobre a dependência química relacionada ao âmbito familiar, como por exemplo, que as causas dos conflitos e as questões afetivas são resultantes das preocupações e cuidados dos familiares no tratamento da dependência química. Em várias circunstâncias, a família procura aliviar o próprio sentimento de culpa e suas ansiedades perante a dependência química do familiar. A família exerce um papel preponderante e têm servido de motivação constante no processo de recuperação do dependente químico, porém o excesso de cuidado adoeceria o familiar envolvido.

Inicialmente, buscamos entender os processos intra-familiares, o conceito de afetividade e sobre a Teoria do Apego, ao qual nos fornece a percepção sobre questões afetivas relacionados ao tema. Por seguinte, tivemos como objetivo compreender o contexto da família contemporânea e a relação da família como rede social de apoio, buscando perceber se os processos participativos da família nos cuidados dos dependentes químicos contribuem para o adoecimento da mesma.

Existem poucas pesquisas associando a dependência química às questões afetivas familiares, considerando que a pesquisa descritiva qualitativa possibilita investigar um fenômeno contemporâneo a um contexto que não se apresenta evidente.

As conclusões aqui apresentadas constituem apenas num primeiro ensaio na investigação desta relação. Poderiam ser estudadas e avaliadas formas alternativas de intervenção para trabalhar com o familiar e o dependente químico, onde se acredita que todas as questões relacionadas ao afeto da família são aderidas ao tratamento e aprimoradas pela Psicologia dentro do contexto da dependência química.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Simone Quadros; GOMES, Giovana Calcagno; OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de; XAVIER, Daiani Modernel. Grupo de apoio/ **Suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuário de drogas.** Ver. Gaúcha Enf., Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33 (2): 102 – 108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/15.pdf>. Acesso em 17 março 2014.

ARAGÃO, Antônio T. Mesquita; MILAGRES, Elizabete; FIGLIE, Neliana Buzie. **Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos.** Psico- USF, v. 14, n. 1, p. 117 – 123, jan. / abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v14n1/a12v14n1.pdf>. . Acesso em 14 março 2014.

BORGES, de Campos Carolina; MAGALHÃES, Seixas Andrea. **Laços intergeracionais no contexto contemporâneo. Estudos de Psicologia**, 16(2), 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n2/v16n2a08.pdf>. Acesso em 19 setembro 2013.

BOWLBY, John. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego.** Porto Alegre: Artes Medicas, 1989.

BOWLBY, John, 1907. **Apego e perda. A natureza do vínculo, a trilogia do apego.** V.1. tradução de Álvaro Cabral. 3º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, John, 2006. **Formação e rompimento dos laços afetivos.** 4ºed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BOWLBY, John. **Cuidados Maternos e Saúde Mental.** 5º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

CRUZ, M.S. **As redes comunitárias de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas (Módulo 6).** Brasília: Secretaria Municipal de Políticas sobre Drogas, 2008.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

FIGLIE, Buzi Neliana; FONTES, Andreza; MORAIS, Edilaine; PAYÁ, Roberta. **Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?.** Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica, v.31,n.2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832004000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 abril 2014.

FIGLIE, Buzi Neliana; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química.** 2º ed. São Paulo: Roca, 2010.

FREIRES, Irlan de Almeida; GOMES, Edézia Maria de Almeida. **O papel da família na prevenção ao uso de substâncias psicoativas.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.16,n.1,2012. Disponível em: <http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10899/7098>. Acesso em 19 setembro 2013.

HERMETO, Edyr Marcelo Costa; SAMPAIO, José Jackson Coelho; CARNEIRO, Cleide. **Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescentes: a importância do suporte familiar.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.34, n.3,2010. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/62/61>. Acesso em 19 setembro 2013.

MARCON, Samira Reschetti; RUBIRA, Elizete Ap.; ESPINOSA, Mariano Martinez; BELASCO, Angélica; BARBOSA, Dulce Aparecida. **Qualidade de vida e sobrecarga de cuidados em cuidadores de dependentes químicos.** Acta Paul Enferm. 2012; 25 (Número Especial 2): 7 – 12.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_02.pdf. Acesso em: 14 março 2017.

MARLATT, GA., DANOVAN, DM. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento do comportamento adictivos.** Porto Alegre: Artmed; 2009.

MEDEIROS, Katrucky Tenório; MACIEL, Silvana Carneiro; SOUZA, de Fonseca Patricia; SOUZA-TENÓRIO, Flaviane Michele; DIAS, Vasconcelos Cristina Camila. **Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários.** Psicol. Estud. Vol.18. n.2. Maringá, 2013.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722013000200008&script=sci_arttext . Acesso em 23 abril 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SCHENKER, Miriam. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura.** Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 20(3):649 – 659, mai-jun, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>. Acesso em 14 março 2014.

ORTH, Anaídes Pimentel da Silva; MORÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas.** Psicol. Argum. 2008 out./ dez., 26 (55), 293-303. Disponível em : <http://scielo.br> . Acesso em 07 março 2014.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; BRANCO, Universidade Camilo Castelo; SANTOS, Manoel Antonio dos; SÃO PAULO, Universidade de. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução.** Psicologia Teoria e Pesq. Abr – Jun, 2009, Vol. 25, n.2, pp 203 – 211. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2>. Acesso em 26 março 2014.

SEADI, Susana M. Sastre; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos.** Psicol. Clin. Vol.21 no.2 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652009000200008>. Acesso em 06 março 2014.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier; GORGULHO, Mônica. **Dependência: compreensão e assistência às Toxicomanias.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SINGLY, François de; PEIXOTO, Ehlers Clarice; CICCHELLI, Vincenzo. **Família e Individualização.** 1º ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

SOUZA, Jaqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; VASTERS, Gabriela Pereira; LUIS, Margarita Antonio Villar. **Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental.** Rev. Latino-Am.Enfermagem 19(1), jan-fev 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_19.pdf
Acesso em 15 março 2014.

SZYMANSKI, Heloísa. Caderno de Ação nº 1: **Trabalhando com famílias.** IEE – Instituto de Estudos Especiais PUC, 1992.