

**CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNIFAAT  
PSICOLOGIA**

**NATHALIA TEIXEIRA MORGADO**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO SEXO FEMININO: COMO AS  
INTERVENÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL  
PODEM AUXILIAR NO TRATAMENTO**

**ATIBAIA/SP**

**2019**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNIFAAT  
PSICOLOGIA**

**NATHALIA TEIXEIRA MORGADO - RA: 1515107**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO SEXO FEMININO: COMO AS  
INTERVENÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL  
PODEM AUXILIAR NO TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para obtenção de grau de Bacharel em Psicologia pelo CENTRO UNIVERSITÁRIO- UNIFAAT, sob orientação do professor Juliano Rodrigues Afonso.

**ATIBAIA/SP**

**2019**

Morgado, Nathalia Teixeira

M845d Dependência química no sexo feminino: como as intervenções da terapia cognitivo comportamental podem auxiliar no tratamento. / Nathalia Teixeira Morgado, - 2019.  
78 f.; 30 cm.

Orientação: Juliano Rodrigues Afonso

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Centro Universitário UNIFAAT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia da Faculdades Atibaia, 2019.

1. Dependência química 2. Mulheres 3. Terapia cognitivo comportamental  
4. Intervenções profissionais I. Morgado, Nathalia Teixeira II. Afonso, Juliano Rodrigues III. Título

CDD 150

**FOLHA DE APROVAÇÃO****CURSO DE PSICOLOGIA****Termo de aprovação****NATHALIA TEIXEIRA MORGADO****Dependência química no sexo feminino: como as intervenções da terapia cognitivo comportamental podem auxiliar no tratamento**

Trabalho apresentado ao curso de bacharelado em Psicologia, para apreciação do professor orientador Juliano Rodrigues Afonso, que após análise considerou o Trabalho \_\_\_\_\_, com nota \_\_\_\_\_.

Atibaia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

---

Prof. Juliano Rodrigues Afonso

*Dedico este trabalho à minha mãe por ser sempre minha principal incentivadora. Tudo o que sou hoje é graças a você.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus por tantas bênçãos concedidas nesses cinco, intensos, anos de curso.

À minha mãe Kathia Teixeira Barbosa, por sempre estar ao meu lado e me apoiar em todas as minhas escolhas, mesmo que as vezes elas não aparentassem ser as melhores, por entender todas as minhas ausências devido à dedicação a esses cinco anos de estudos e por não me deixar desistir do meu sonho.

Ao Marcos, meu companheiro, que compreendeu todas as minhas ausências, que sempre se prontificou em me ajudar no que conseguia e por todas as palavras de carinho e apoio em meus momentos de tensão.

Aos meus amigos que contribuíram significativamente para a conclusão deste trabalho. Um agradecimento especial para a minha amiga Julia, que contribuiu pacientemente e carinhosamente para o término deste.

Aos participantes desta pesquisa por terem compartilhado um pouco de suas dificuldades e por terem colaborado para a realização deste trabalho.

E por último e não menos importante, ao meu professor e orientador Juliano, que sempre me orientou e me acolheu nos momentos de crises.

Muito obrigada!

## RESUMO

Apesar da dependência química ser existente desde os primórdios da humanidade, ela foi considerada uma doença crônica e incurável somente partir do ano de 1976. Essa doença está afetando todos, independente de gêneros, faixa etária e classes sociais, tornando-se um grave problema para a sociedade. Como um sujeito ativo na sociedade a mulher acaba sendo também afetada pelo uso dessas substâncias psicoativas. A terapia cognitivo comportamental tem sido considerada como uma técnica eficaz quando se trata de dependência química, tanto para o alcance quanto para a manutenção da abstinência. Devido a isso, o presente trabalho tem como objetivo compreender e analisar a dependência química no sexo feminino, além de analisar também as dificuldades encontradas pelas mulheres, tanto na adesão quanto no transcorrer do tratamento contra a dependência. Para tanto, realizou-se inicialmente um levantamento bibliográfico sobre publicações científicas da psicologia na temática da dependência química em geral e focado no sexo feminino, bem como, sobre as estratégias e técnicas utilizadas pela abordagem cognitivo comportamental nos fatores envolvidos nesta problemática. Também foram realizadas entrevistas com dependentes químicos femininos e masculinos a fim de levantar as informações necessários para o presente trabalho. Verificou-se diferenças biológicas, sociais e familiares em relação aos dependentes químicos feminino e masculino, fazendo com que as mulheres apresentem mais dificuldades em aderir e concluir os tratamentos. Constatou-se também que as principais estratégias e técnicas utilizadas referem-se, principalmente, às técnicas que visam a abstinência, tendo a Terapia Cognitivo Comportamental uma contribuição significativa nas intervenções com mulheres dependentes, principalmente pelo olhar biopsicossocial que a abordagem possibilita, já que elas perdem seus papéis sociais. Além disso, ressalta-se a importância de avanços no que se refere às políticas públicas para enfrentamento mais eficiente dessa problemática, bem como, pela importância da ampliação de pesquisas científicas sobre as práticas psicológicas ligadas à dependência química feminina, principalmente com enfoque cognitivo comportamental.

**Palavras-chave:** Dependência Química; Mulheres. Terapia Cognitivo Comportamental; Intervenções Profissionais.

## ABSTRACT

Although chemical dependence has been around since the beginning of humanity, it has been considered a chronic and incurable disease since 1976. This disease is affecting everyone, regardless of gender, age and social class, becoming in a serious problem for the society. As an active subject in society, women are also affected by the use of these psychoactive substances. The Cognitive Behavioral Therapy has been considered as an effective technique when it refers to chemical dependence, both for achieving or maintaining the abstinence. Due to this, the present study aims to understand and analyze the chemical dependence in women, and also, analyze the difficulties found by women, both in adherence or in the course of the addiction treatment. Therefore, a bibliographical survey was started based on scientific publications on psychology of chemical dependence in general and focused on women, as well, on strategies and techniques used by the cognitive behavioral approach in the factors involved in this problem. It was verified biological, social and family differences were found in relation to female and male chemical dependents and it make women have more difficult to adhere to and conclude the treatments. Interviews were also realized with female and male chemical dependent in order to gather the necessary information for the present research. It was also found that the main strategies and techniques used refer mainly to the techniques focused on abstinence, and Cognitive Behavioral Therapy has a significant contribution in interventions with dependent women, mainly by the biopsychosocial look that the approach allows, since they lose their social roles. In addition, it enriches the importance of advances in public policies to confront this problem more efficiently, as well as the expansion of scientific researches on psychological practices linked to female chemical dependence, focusing on the cognitive behavior.

**Key words:** Chemical Dependence; Women. Cognitive Behavioral Therapy.; Professional Interventions.



**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Idade x Gênero.....	40
Gráfico 2 - Estado Civil.....	40
Gráfico 3 - Filhos .....	41
Gráfico 4 - Tipo de dependência atualmente .....	41
Gráfico 5 - Outras dependências.....	42
Gráfico 6 - Tipos de dependências.....	42
Gráfico 7 - Tempo de uso.....	44
Gráfico 8 - Números de internações.....	46
Gráfico 9 - Números de tratamentos .....	46
Gráfico 10 - Tipos de tratamentos .....	47
Gráfico 11 - Diferença no modo da família tratar usuário .....	54
Gráfico 12 - Diferença no modo da sociedade tratar usuário .....	54
Gráfico 13 - Diferenças no tratamento feminino e masculino .....	57

**LISTA DE SIGLAS**

- A.A** - Alcoólicos Anônimos  
**A.C** - Antes de Cristo  
**AIDS** - Síndrome da imunodeficiência adquirida  
**BTC** - Terapia Comportamental para Casais  
**CEPE** - Comitê de Ética em Pesquisa  
**DBT** - Terapia Comportamental Dialética  
**DQ** - Dependência Química  
**DQs** - Dependentes Químicos  
**E M** - Entrevista Motivacional  
**E-R** - Estímulo- Resposta  
**LSD** - Dietilamida do Ácido Lisérgico  
**N.A** - Narcóticos Anônimos  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**TCC** - Terapia Cognitivo Comportamental  
**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 PERSPECTIVA HISTÓRICA E ATUAL SOB DIFERENTES ENFOQUES .....</b>	<b>16</b>
1.1. Dependência química pela perspectiva da Psicanálise.....	20
1.2. Dependência química pela perspectiva da Terapia Cognitivo Comportamental.....	21
<b>CAPÍTULO 2 A PRÁTICA INTERVENTIVA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL .....</b>	<b>27</b>
2.1. A prática interventiva da Terapia Cognitivo Comportamental para Dependentes Químicos.....	27
2.2. A prática interventiva da Terapia Cognitivo Comportamental para Dependentes Químicas femininas .....	33
<b>CAPÍTULO 3 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
3.1. Metodologia.....	37
3.1.1 Amostra.....	37
3.1.2 Materiais.....	38
3.1.3 Aspectos Éticos.....	38
3.1.4 Procedimentos .....	39
3.2. Resultados .....	39
3.3 Discussão.....	61
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>78</b>

## INTRODUÇÃO

A dependência química é compreendida como uma doença crônica desde o ano de 1976, sendo esta, incurável, progressiva e fatal. Não foi descoberto até hoje nenhum tipo de cura, o que existe são formas de controle da doença. O modelo mais aceito da doença é o considerado como um fenômeno biopsicossocial, ou seja, há componente biológico, fatores psicológicos, sociológicos e fatores culturais que desempenham uma grande importância na causa, evolução e no resultado do tratamento (BORDIN *et al*, 2010).

A dependência química caracteriza-se por ser um padrão de consumo compulsivo da substância. Em geral esse consumo está voltado para o alívio ou deter os sintomas provocados pela abstinência, interferindo na execução de atividades e compromissos sociais realizados pelo indivíduo, que passa a abandoná-los ou negligenciá-los em função do uso (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

É importante ressaltar que os problemas relacionados à dependência foram encarados como desvios morais até o século XVIII, quando dois médicos, caracterizaram pela primeira vez a embriaguez como resultado da perda do autocontrole. Apenas nos meados do século XIX, Magnus Huss, utilizou o termo “alcoolicismo” pela primeira vez, na tentativa de definir o conjunto de complicações clínicas decorrentes do uso abusivo de álcool. Quase no fim do referido século, outros pesquisadores formularam conceitos que se aproximaram do que é hoje denominado como dependência: “uma doença com prováveis causas biológicas e genéticas associadas” (ZANELATTO & LARANJEIRA, p. 15 ,2018). Aos poucos essa denominação se estendeu a outras substâncias (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Foi a partir do ano de 1970 que surgiu o conceito de Síndrome de Dependência. A OMS (1993) *apud* JUNGERMAN (2007, p.2), define a Síndrome de Dependência como:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentos e cognitivos, no qual o uso de uma substância alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham um valor maior. Uma característica central da síndrome de dependência é o desejo frequente e irresistível de consumir substâncias psicoativas.

A dependência, envolve não apenas o uso de alguma substância psicoativa, mas também comportamentos disfuncionais que interferem no andamento do indivíduo perante sua família, seu trabalho e a comunidade em que vive.

Atualmente, o uso de substâncias psicoativas está se disseminando em todas as classes sociais, faixas etárias e culturas, se tornando um grave problema para a sociedade. Sendo assim, a mulher como um sujeito participante da sociedade também será afetada também por estas substâncias psicoativas. Ainda que existam estudos indicando um forte envolvimento do sexo masculino no uso dessas substâncias, a envoltura do sexo feminino está crescendo.

Este crescimento do sexo feminino no uso de substâncias psicoativas para Souza *et al*, (2014 p. 93), está relacionado:

As mudanças ocorridas no final do século XX, a pós-modernidade, acarretando modificações no estilo de vida de todas as pessoas nas distintas sociedades, padrões de conduta e de lazer, incluindo mudanças no consumo, produção e comércio de substâncias psicoativas. Para as mulheres, especificamente, as mudanças ocasionaram dentre outros aspectos, maior inserção no mercado de trabalho, aumento do número de famílias chefiadas por mulheres. A incorporação das mulheres, desde crianças, adolescentes e adultas na esfera social implica também estar submetidas aos mesmos fatores de riscos aos quais os homens estão submetidos, incorporando hábitos como o consumo de drogas.

Ainda segundo Souza, alguns estudos destacam a participação das mulheres no que diz respeito a drogas ilícitas como coadjuvantes sendo que seus envolvimento se dão através exclusivamente de suas relações com homens.

Em um estudo realizado por Esper *et al* (2013), através de levantamento, leitura e análise descritiva em prontuários de mulheres usuárias de álcool, atendidas em serviço psiquiátrico ambulatorial se constatou que essas mulheres sofreram danos físicos e conflitos familiares, além de terem dificuldades em cumprir papéis familiares, como o de mãe e dona de casa, os quais são esperados pela sociedade. O que acaba afetando no seu tratamento.

Com isso, novas reflexões devem surgir, pois essas mulheres possuem uma maior probabilidade a utilizar substâncias que afetam a vida como um todo, no entanto, elas precisam ressignificar suas vidas de maneira positiva contribuindo para a recuperação e até mesmo na prevenção.

Diante disso, as práticas da Teoria Cognitivo Comportamental buscam trabalhar com o usuário envolvendo todo seu contexto social. Também se preocupa em trabalhar em diversos locais, como em hospitais, ambulatórios e domicílios.

A terapia cognitivo comportamental tem sido referenciada como padrão quando se trata de abordagens consideradas eficazes no tratamento à dependência. A aplicação desse conjunto de técnicas no contexto do tratamento tem se mostrado eficaz, tanto para o alcance como para a manutenção da abstinência (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018). Esta abordagem pode ser associada a outras formas de tratamento como a terapia dos 12 passos, grupo de autoajuda, terapia psicodinâmica, farmacoterapia e psicoeducação (RANGÉ & COLS., 2011).

É importante ressaltar que a dependência de substâncias químicas que serão referidas no presente trabalho não trata de elementos psicoativos específicos, mas se refere a qualquer componente que altere a percepção e atenção do indivíduo (RODRIGUES, 2017).

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender e analisar a dependência química no sexo feminino. Diehl (2011), relata que por muitos anos o uso de substâncias era restrito entre as mulheres, pois era visto como incompatível com o papel doméstico tradicional, porém, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho após a Segunda Guerra Mundial e conseqüentemente com a aproximação com os papéis sociais do sexo masculino houve uma grande contribuição para que as mulheres pudessem exibir comportamentos até então vistos como exclusivos dos homens. Isso contribuiu para o aumento do uso de substâncias químicas entre as mulheres.

Ademais, tem-se como objetivo específico analisar as dificuldades encontradas pelas mulheres, tanto na adesão quanto no transcorrer do tratamento contra a dependência. A respeito deste fato Zanelatto & Laranjeira (2018), fala que as mulheres tendem a procurar menos os centros de tratamentos, pois muitas enfrentam empecilhos e barreiras. Tais barreiras incluem a falta de recursos sociais e financeiros adequados para arcar com o custo do tratamento, o elevado estigma social associado ao uso de substâncias - o que gera relutância ao tratamento - o medo de perder a custódia dos filhos e a possibilidade de afastar-se da família para se dedicar ao tratamento. Elbreder *et al*, (2008), relata sobre a necessidade em elaborar estratégias mais eficazes para a aderência do tratamento de acordo com perfil de cada mulher que usa de forma abusiva as substâncias químicas.

A partir das pesquisas bibliográficas e de campo que foram realizadas e serão apresentadas no transcrito deste trabalho, deseja-se compreender como e quais são as intervenções da terapia cognitivo comportamental no tratamento de mulheres dependentes de substâncias psicoativas, quais suas características e diferenças em relação aos homens e quais são as percepções das dependentes químicas femininas em relação a doença, ao tratamento e ao modo como são tratadas.

Diehl (2011), relata que por anos os estudos focados em dependências químicas eram centrados nos homens, conseqüentemente, as abordagens clínicas, às poucas mulheres que aderiam ao tratamento, eram derivadas da abordagem para os homens. Nas últimas décadas muitas pesquisas têm relatado as diferenças nos padrões de uso de substâncias entre homens e mulheres. Muitas mulheres se desligam de sua família, abandonam os filhos, perdem o emprego, praticam sexo sem proteção e se envolvem em situações de violência.

Sendo assim, a partir dos objetivos levantados, questiona-se: existe diferença entre a dependência química no sexo feminino para o masculino? Quais são essas diferenças? Quais são as maiores dificuldades encontradas pelas mulheres dependentes? Quais são as dificuldades encontradas em relação ao tratamento? Como as técnicas da terapia cognitivo comportamental poderão auxiliar no tratamento de dependentes químicas do sexo feminino? Qual é a percepção das mulheres dependentes químicas em relação à sua doença, ao tratamento e ao modo como são tratadas?

O tema sobre a Dependência Química (DQ) no sexo feminino chamou atenção a partir de estágio obrigatório em uma Unidade Básica de Saúde. Este estágio foi realizado em um grupo de álcool e outras drogas com participantes tanto do sexo feminino quanto do masculino. A partir da observação realizada neste estágio, pode ser constatado a diferença existente em DQs dos sexos femininos para o masculino. Isto em relação as características, adesão ao tratamento e estigma social. Não obstante, este tema pode ser considerado novo, pois não há muitas pesquisas que relatam quais são as características, os tratamentos focados em mulheres, e as vulnerabilidades que atrapalham na adesão ao tratamento.

A DQ é um tema que está sempre em alta, e há grandes mudanças em todos os anos a respeito dos conceitos relacionados à dependência química (ZANELATTO & LARANJEIRA 2018). Bem como, é considerada um fenômeno de difícil manejo

podendo atingir a todos, em diferentes idades e classes sociais. Além de ser considerada uma doença crônica e um problema social (BORDIN *et al*, 2010).

A Dependência Química focada em mulheres vem se tornando cada vez mais um paradigma e um problema crescente. Diehl (2011), relata que nos últimos anos, as taxas de prevalência de consumo de álcool e drogas têm aumentado de forma considerável. Por isso, a prevenção e o tratamento especializado e focado no sexo feminino são de extrema importância, uma vez que as mulheres são mais vulneráveis aos efeitos de álcool e outras drogas.

Por fim, o presente trabalho propõe uma revisão literária sobre o referido tema. Essa revisão, abrangerá artigos científicos e livros de no mínimo 5 e no máximo 10 anos de publicação, com exceção aos textos clássicos.

Juntamente à revisão literária será realizada uma pesquisa em formato de questionário sobre o tema. Tal entrevista foi aplicada com internas de uma clínica de dependência química particular só para mulheres, em conjunto com dependentes químicos masculinos frequentadores do grupo narcóticos anônimos, afim de explicitar a dependência química no sexo feminino, as dificuldades encontradas pelas mulheres no tratamento contra a dependência, quais são as intervenções da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de mulheres dependentes de substâncias psicoativas, quais suas características e diferenças em relação ao homem.



## **CAPÍTULO 1 PERSPECTIVA HISTÓRICA E ATUAL SOB DIFERENTES ENFOQUES**

Em termos históricos é de suma importância estudar de forma panorâmica o fenômeno do uso das substâncias psicoativas, uma vez que é possível compreender o modo como as relações e transformações do homem para com essas substâncias vão mudando. Ao contrário do que se pensa, o uso das substâncias psicoativas é tão antigo, que pode se confundir com a própria história da humanidade. Damazo (2011) relata que para entender a história da dependência química se faz necessário falar dos modelos de como os dependentes químicos eram vistos através dos tempos. Além do mais, neste capítulo é possível verificar que cada época apresenta uma maneira particular de lidar com essas substâncias (PRATTA *et al*, 2009).

Na antiguidade as substâncias eram manuseadas com crenças de que não causariam danos ou prejuízos aos usuários. Tais substâncias eram utilizadas com o propósito ritualísticos-religiosos ou como forma de saciar a fome, para isso, os povos aderiam o hábito de mascar folhas de coca (DIEHL, 2011).

Nunes e Jólluskin (2007), relatam que por muitos anos o consumo de substâncias foi caracterizado como uma maneira de se conectar com entidades divinas, e um elo entre a realidade, as divindades e os mortos. Por volta dos anos de 2.000 A.C, no Egito, foram encontrados registros artísticos, demonstrando homens sendo carregados por outros após o uso de álcool, evidenciando sinais de embriaguez.

A embriaguez até então não era encarada como doença e sim como um desvio moral, chamado como Modelo Moral. Ou seja, o uso da substância era considerado como uma escolha pessoal, na qual o usuário que tem autocontrole, desencadeando o estigma de “vagabundagem” e transgressor (MILLER e ROLLNICK, 2001). Esse tipo de entendimento torna o indivíduo sujeito a críticas sobre o consumo, como se fosse o único responsável (ZANELATTO & LARANJEIRA, p. 5, 2018). Tal escolha, era vista como uma forma de desrespeito às normas sociais.

O uso das substâncias psicoativas na idade média se deu através do plantio de ópio, que era considerado como forma de obter contato com a divindade, com finalidade terapêuticas, analgésicas e como forma de oferecer sensação de bem-estar (DIEHL, 2011). A propagação do plantio se deu pelos camponeses em meados de

1.500 A.C. Mesmo diante da proibição do comércio do ópio no século XIX., houve uma comercialização em massa sendo considerado como a primeira manifestação em relação ao tráfico de drogas. No século XVI entrou o consumo do tabaco, que inicialmente era consumido pelos povos indígenas, seu apogeu se deu através da I Guerra Mundial.

Na idade moderna, ocorreu a fusão da cocaína. A princípio seu uso se dava através das propriedades analgésicas e anestésicas. Freud foi o pioneiro a recomendar seu uso, por conta de suas características antidepressivas. Apesar dos efeitos positivos, constatou-se consequências negativas provocadas pelo uso excessivo, entre elas, mudança de comportamentos e aumento da agressividade, levando assim, a proibição de seu uso.

Em meados de 1800, o uso das drogas na idade contemporânea, se deu através do início da Revolução Industrial na qual, ocasionou uma mudança significativa no modelo de trabalho, passando de um modelo artesanal para um modelo de produção em massa e condições sub-humanas. Como consequência de tal mudança, na Inglaterra em 1850, após 10 anos o álcool adquiri um papel importante, passando a ser percebido como um problema social (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

No ano de 1830, com a alta no consumo do álcool, a embriaguez passou a ser considerada como doença, por conta dos danos à sociedade, entre eles, a falta de controle e agressividade. Nos Estados Unidos surgiu o modelo da Temperança ou Sobriedade, ao contrário do modelo anterior este modelo via o uso de substâncias como um hábito a ser desaprendido (PERRENOUD e RIBEIRO, 2011). A posteriori, em 1849, quando a palavra “alcoolicismo” foi utilizada pela primeira vez, a dependência foi entendida como doença, surge então, o Modelo da Degenerescência Neurológica (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Como resultado disso, nos Estados Unidos em defesa desse dilema, organizou-se e criou-se o grupo Narcóticos Anônimos, que se configura como modelo de tratamento até hoje. Ainda nos Estados Unidos, vigorou entre os anos de 1919 a 1933, a Lei Seca, a qual proibia a comercialização do álcool.

O Modelo Espiritual surge no ano de 1935. Nesse modelo, o uso é entendido como uma condição em que o indivíduo se torna incapaz de superar por si próprio à dependência por substâncias psicoativas, na qual a esperança de mudança consiste em entregar a vida a uma força superior para se recuperar (PILLON, 2004).

Diehl (2011), diz que em 1939, o LSD foi sintetizado pelo laboratório farmacêutico Sandoz porém, só na década de 1960 que ganhou popularidade por conta do movimento hippie e às bandas de rock que estavam em alta nessa época. Com o grande avanço da indústria farmacêutica, no ano de 1950, as substâncias psicoativas foram sendo vistas, de forma gradativa pela sociedade como uma “mercadoria”, ocasionando uma ligeira oscilação no uso. Após a proliferação da heroína sob forma injetável, na década de 1980, surgiu a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Entre os anos de 1984 e 1985, surgiu o crack nos bairros pobres e marginalizados dos Estados Unidos. A droga era utilizada em grupos, dentro de casa e por jovens usuários de cocaína atraídos pelo baixo preço. Posteriormente a origem da AIDS os usuários optaram pelo seu uso com o objetivo de administrações mais seguras e sem prejuízos dos efeitos (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2010).

Outra perspectiva ao dependente químico, que ganhou força em 1970, foi o Modelo Biológico, o qual aponta a genética e a constituição biológica como características responsáveis para o aparecimento da dependência. Contudo, o Modelo Biopsicossocial é o mais aceito atualmente, sendo considerado a substância apenas um dos fatores da tríade, composta por indivíduo, sociedade e substância (BORDIN *et al*, 2010).

A partir disso, a OMS passa a dar mais atenção a esse fenômeno (DIEHL, 2011). A relação da substância com a humanidade tornou-se preocupante, por conta dos prejuízos que estava causando à sociedade. Diante disso, o Conselho Federal de Psicologia destaca sobre tais aspectos:

No século XX, as drogas tornaram-se uma preocupação social que é apresentada por alguns setores como perigo ou ameaça em potencial a toda sociedade. A partir disso, algumas substâncias psicoativas foram prescritas por serem consideradas danosas para a saúde pública e as pessoas que fazem uso de tais substâncias (2013, p. 26).

Tal relação pendura até os dias atuais, isso porque, “o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento” (MARTINS & CORRÊA, 2004 apud PRATTA *et al*, p. 203,.2009). Souza (2014) diz que atualmente a dependência química é um fenômeno amplamente discutido, uma vez que o uso abusivo das substâncias se tornou um grave problema

social. Sendo assim, a produção, o comércio e o consumo disseminou-se por todas as sociedades, sexos e religiões.

Os estudos apontam que apesar do grande envolvimento do sexo masculino no uso das substâncias psicoativas, o uso dessas substâncias entre mulheres é um problema crescente pois, nas últimas décadas as taxas de prevalência de consumo têm aumentado de forma considerável. Por isso, há a grande necessidade de criar programas de tratamentos focados em mulheres, já que esse grupo apresenta particularidades referentes ao gênero (DIEHL, 2011).

Diante disso, é possível observar que uso de substâncias se pendurou por toda história da humanidade, porém, o conceito da palavra dependência química é algo atual e resultado de uma evolução de ideias. Foi através de dois médicos, um norte-americano e outro britânico, que pela primeira vez, caracterizaram a embriaguez como perda do autocontrole. Mas apenas no século XIX, na tentativa de definir as complicações decorrendo do uso do álcool, que o termo “alcoolismo” surgiu. Quase no fim do mesmo século, pesquisadores formularam o que é conhecido atualmente como dependência, aos poucos essa definição estendeu-se para outras substâncias (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

A partir dessa época, diversas classificações começaram a diferenciar padrões de consumo de álcool, e identificar aqueles de origem “biológica” e os de origem “comportamentais”. Além disso, o padrão de consumo passou a ser valorizado, caracterizando-se de uso contínuo, periódico e irregular. Os termos “dependência física” e “dependência psicológica”, hoje em desuso, surgiram também nesse período. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu tais categorias da seguinte forma:

- Dependência psíquica: situação em que existe um sentimento de satisfação e um impulso psíquico que exigem a administração regular ou contínua da droga para produzir prazer ou evitar mal-estar. Tal estado mental é evidentemente o mais potente de todos os fatores implicados na intoxicação crônica com as drogas psicotrópicas, e pode ser o único fator no caso de certos tipos de droga.
- Dependência física: estado de adaptação que se manifesta pela aparição de intensos transtornos físicos quando se interrompe a administração da droga ou se influi em sua ação pela administração de um antagonista específico. São aliviadas pela administração da mesma droga ou de outra com ação farmacológica análoga. Manifestações patentes de dependência física não aparecem quando se mantém a administração de uma dose adequada da substância (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2016, p. 8).

A partir dos novos modelos de classificação os comportamentos passaram a ser valorizados. A distinção entre dependência física e psíquica, acabou por originar duas classes de substâncias psicoativas: as leves focalizado apenas no usuário, criticando sua 'falta de vontade' e "fraqueza de caráter", para sucumbir ou não se libertar de uma dependência "apenas psíquica"; e as pesadas: focalizado apenas na substância, minimizando os danos da mesma, por produzir "no máximo" dependência psíquica.

A partir dos anos 70, Edwards & Gross propuseram o conceito de "síndrome de dependência do álcool", partindo de três pressupostos:

- A dependência é uma síndrome psicológica: agrupamento de alguns usuários, porém sem ter uma causa única ou aparente.
- Essa síndrome se organiza dentro do viés de gravidade, e não como um absoluto categórico: não há um sintoma característico, mas uma série de sintomas cuja intensidade é considerada ao longo de um *continuum* de gravidade.
- A síndrome de dependência é moldada por outras influências capazes de predispor, potencializar ou bloquear suas manifestações. Nesse caso, o padrão de consumo dos indivíduos é moldado por uma série de fatores de risco de proteção, entre eles fatores individuais, ambientais, culturais, familiares, profissionais, educacionais e sociais, além do tipo de substâncias utilizado (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018, p. 16).

Em contraposição, o conceito de síndrome de dependência introduz um novo paradigma, no qual defeitos se convertem em características e atribuições de culpa, em responsabilidade pelo processo de tratamento, dividida entre o profissional, o paciente e sua família.

### **1.1. Dependência química pela perspectiva da Psicanálise**

A toxicomania é contemporânea ao nascimento da psicanálise, as primeiras contribuições foram feitas por Sigmund Freud, relacionando o alcoolismo e a embriaguez com a psicopatologia da mania e do humor. Este considerou, no século anterior, o álcool como substituto da masturbação do hábito primário" (KALINA *et al*, 1999).

Em 1904, através um de seus estudos, Freud passa a afirmar que o homem sob influência do álcool passa a se comportar como uma criança, na qual necessita do prazer a sua disposição, e por conta disso, a origem da toxicomania está relacionada a fixação do sujeito na fase oral. Deste modo, a intolerância à espera da

satisfação do desejo acaba sobrepondo aos aspectos do superego e da ordem civilizacional. Segundo Dolto, ocorre na fase oral:

O prazer da sucção é independente das necessidades alimentares e constitui o prazer alto erótico e o tipo do prazer narcísico primário, de alto erotismo original, não tendo ainda o sujeito a noção de um mundo exterior diferenciado dele. Se a ocasião lhe for dada passivamente, de satisfazer esse prazer, a criança prende-se a esse objeto ocasional; o seio ou a mamadeira com que ela gosta de brincar, mesmo quando já não há mais leite. (1971, p.29).

Abraham chama a atenção para o desejo oral nas toxicomanias, porém não houve qualquer relação com os estados maníaco-depressivos. Esta relação que está na base foi feita por Clark através dos estudos das relações entre alcoolismo e depressão. Tal estudo, mostrou que o efeito do álcool é o de diminuir os estados de depressão em algumas pessoas, e em outras de intensificar.

Na década de 20, Rado intensificou os estudos, dizendo que toda a base da toxicomania estava relacionada há uma “depressão tensa”, sendo uma de suas características a intolerância ao sofrimento. Portanto, o usufruir da droga neutraliza o sofrimento e provoca euforia, tornando-se equivalente dizer que, “o ego reencontra a satisfação narcísica perdida.” Contudo, como se trata de um prazer momentâneo, logo a satisfação toxicomaniaca é passageira, retomando-se ao estado melancólico-depressivo (KALINA *et al*, 1999, p. 26).

Diante disso, perante Carrara e Teixeira (2009) a clínica da toxicomania se beneficia das descobertas psicanalíticas, porém, não usufrui da interpretação do inconsciente e da decifração dos sonhos. No ato analítico é fundamental recuperar a incidência do significante sobre o sujeito.

## **1.2. Dependência química pela perspectiva da Terapia Cognitivo Comportamental**

Apesar da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) ter surgido no final do ano 1960, foi somente no início de 1970 que apareceram seus primeiros registros. Até então, três abordagens principais dominavam o campo seriam elas: Psicanálise, Humanista e Behaviorista (DOBSON e SCHERRER,2004). Adiante, serão apresentadas a origem, seus principais conceitos e o entendimento da dependência química a partir da Teoria Cognitivo Comportamental.

O surgimento da TCC se deu através de combinações de fatores, dentre eles: respostas insatisfatórias com os modelos comportamentais, baseados em paradigmas estímulo-resposta (E-R), pois a prática terapêutica exclusivamente baseada no modelo de condicionamento não era mais suficiente para permitir um conhecimento mais completo sobre os problemas que motivavam os pacientes a procurarem ajuda; Sua rejeição aos modelos psicodinâmicos, na qual se desenvolveu principalmente perante a falta de evidências que indicassem a eficácia como tratamento (FALCONE, OLIVEIRA e COLS, 2012); O desenvolvimento das ciências cognitivas, a partir de uma crescente identificação com uma orientação cognitivo comportamental, fortalecida pelas pesquisas de resultados positivos (DOBSON e SCHERRER, 2004). A partir disso, vários estudos confirmaram a eficácia da TCC levando-a uma condição de melhor validade dentre as outras abordagens (CONTRAUX e MATOS, 2007).

Seu início se deu a partir da Terapia Cognitiva de Aaron Beck, nascida na década de 1960 com o enfoque inicial para o tratamento da depressão, concebendo uma psicoterapia estruturada, com uma curta duração, voltada ao presente vivido pelo paciente, direcionando-o a solução de problemas que modifiquem seus pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2013). A Terapia Cognitiva enfatiza que:

[...] as emoções humanas têm como base o pensamento, a mente em constante atividade, gerando raciocínios, afetos e condutas que permitem ao indivíduo uma maior ou menor percepção da realidade [...] a forma como o indivíduo os interpreta influencia a forma como ele se sente e se comporta em sua vida, uma mesma situação produz reações distintas em diferentes pessoas, e uma mesma pessoa pode ter reações distintas a uma mesma situação em diferentes momentos de sua vida (Rangé & Cols., 2011, p. 21).

Posteriormente, foram postuladas por Beck os conceitos básicos que embasam a TCC, a qual compreende processos conscientes (des)adaptativos dos pensamentos e os terapeutas são incentivados a desenvolverem em seus pacientes a detectar seus pensamentos disfuncionais, principalmente os associados com as emoções (WRIGHT; BASCO; & THASE, 2008).

De acordo com Falcone, Oliveira e Cols (2012), a TCC se diferencia das demais por algumas características que podem contribuir para sua eficácia. A seguir serão descritas quatro delas:

A primeira, refere-se ao caráter diretivo, se constituindo numa abordagem focalizada na mudança. A segunda, no estilo colaborativo, sendo a participação do cliente ativa no processo terapêutico, representando uma condição essencial para a

aderência, e para os efeitos positivos dele. A terceira, a psicoeducação do cliente, devendo aprender as capacidades de reconhecer e modificar seus padrões cognitivos, emocionais e comportamentais, buscando a partir das orientações do terapeuta, se tornar seu próprio terapeuta, para então aprender a lidar com as demandas presentes e futuras. A quarta e última, é a natureza breve da terapia, na qual os protocolos de pesquisas que avaliam a eficácia da abordagem, solicitam um período reduzido de tratamento para validarem se os resultados obtidos estão relacionados as intervenções, e não aos estímulos externos.

Pode-se dizer então, que o objetivo principal da TCC é o estudo da cognição e do comportamento como as principais áreas de mudanças. Apesar da TCC possuir ramificações, em sua essência todas elas compartilham das mesmas três fundamentais premissas:

A primeira é a cognição afeta o comportamento, esta afirma que há sempre um processamento cognitivo e avaliação de eventos internos e externos que podem afetar a resposta a esses eventos; segunda a cognição pode ser monitorada e alterada; e a terceira a mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva. (DOBSON e DOZOIS, 2006, p. 17).

A Terapia Cognitivo Comportamental fundamenta-se na ideia de que as respostas comportamentais e emocionais não são influenciadas por eventos, mas sim, pela forma como eles são processados pelo indivíduo. Ou seja, “as interpretações ou atribuições de significados atuam como variáveis mediacionais entre o real e o percebido pelo sujeito e seus comportamentos e emoções” (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018, p. 92).

Beck (2013) refere-se aos pensamentos automáticos, instantâneos e avaliativos, desconectados de qualquer racionalização que estão relacionados às crenças do indivíduo. Os pensamentos automáticos cumprem um papel importante na TCC visto que, as respostas emocionais e comportamentais apresentadas pelo sujeito são consequências dos pensamentos automáticos. Por tanto, diante de Zanelatto e Laranjeira (2018), para modificar essas respostas é necessário ter como foco os pensamentos automáticos.

Portanto, quando se trata das crenças, Beck (2013) aponta se tratar de ideias enraizadas sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo que foram sendo elaboradas ao longo do desenvolvimento do sujeito. Campos e Baptista (1998)



destacam que há dois tipos de crenças, as primárias que estão relacionadas às ideias que não foram elaboradas empiricamente, pois estão ligadas a fase inicial do desenvolvimento. E as secundárias referem-se aos conteúdos mais complexos que puderam ser avaliados e estabelecidos uma justificativa lógica entre o comportamento e a crença.

Os esquemas dirigem o foco da atenção do sujeito e são contextos-específicos. Alguns deles, podem perder a flexibilidade para a assimilação e a acomodação diante de novas experiências ou de evidências distorcidas, junto as crenças primárias tornam-se disfuncionais, predispondo o indivíduo à ocorrência de transtornos e emocionais (PERES,2008).

Se tratando de dependência química, muitas explicações foram consideradas para tentar explicar o porquê as pessoas tornam-se dependentes, muitas delas caíram em desuso por falta de evidências científicas. Dentre os modelos psicológicos aceitos pela ciência, o modelo cognitivo de Beck conseguiu explicar todos os aspectos envolvidos na gênese e na manutenção da dependência química.

Para Beck conforme citado por Zanelatto e Laranjeira (2018), os sentimentos, comportamentos e as motivações são influenciadas a partir de uma interpretação que o sujeito dá em uma determinada situação, essas interpretações por sua vez, são moldadas por suas crenças. Sendo assim, mais importante que a avaliação de uma situação real é a avaliação que o indivíduo faz desta.

A partir disso, a avaliação, o comportamento e o sentimento, são fundamentais para o modelo cognitivo, na qual todo sentimento é antecedido por uma avaliação que sucede o comportamento. Como exemplificação, o autor Silva apud Zanelatto Laranjeira cita a seguinte situação:

Diante de uma situação de uma exposição social, um indivíduo cujo esquema cognitivo é de inadequação pode ativar crenças disfuncionais do tipo “eu não sou uma pessoa de que possa gostar”, ele se sentirá, então triste. Em uma terceira pessoa, ainda, pode ativar crenças como “as pessoas são intolerantes e perigosas” e ela, portanto, se sentirá com raiva e amedrontada. Quando um indivíduo com crenças disfuncionais sobre si mesmo entra em contato com substâncias psicoativas um segundo grupo de crenças mais específicas relacionadas ao uso pode se desenvolver, tais como “só consigo aliviar a ansiedade bebendo um pouco” ou “usando cocaína, eu me torno mais sociável”. (2018, p.124).

As crenças e os sentimentos mais negativos desencadeiam um comportamento de busca pela substância. Essas crenças se interagem entre si

formando avaliações e sentimento levando ao resultado de que é necessário usar a droga, de modo que esse comportamento pela busca e pelo uso da substância se torne repetitivo.

Diante disso, Beck desenvolveu pesquisas com pacientes dependentes e se baseou em observações clínicas, o qual mostraram que o sujeito pode ter um estrutura cognitiva falha, e que ao experimentar a droga começa a desenvolver crenças relacionadas a si mesmo, ao mundo, às outras pessoas e ao futuro, normalizando o humor negativo. Em outras palavras, ao ter contato com a substância podem-se desenvolver crenças sobre as drogas e ao uso que justifiquem uma crença disfuncional básica (BORDIN *et al*, 2010).

Diante do modelo cognitivo de Beck o uso de substâncias caracteriza como uma estratégia compensatória na qual, visa anular as crenças centrais e as emoções negativas. Situações ativadoras de crenças disfuncionais que desencadeiam uma sequência de crenças facilitadora (permissiva) ou positiva (antecipatória) e pensamentos automáticos, resultam-se em comportamentos de busca e uso pelas substâncias.

A Terapia Cognitiva Comportamental compreende e trata o indivíduo dependente como um todo olhando para além da dependência mas também não perdendo o foco do tratamento. Com isso, Diehl *et al* (2019) considera a TCC como:

um conjunto de intervenções, semiestruturadas, objetivas e orientada a metas, considerando fatores cognitivos (e seus desdobramentos) e comportamentais é tida com uma ferramenta importante tanto para o tratamento da dependência química como para a reestruturação da vida do indivíduo. (p 231).

Para Caminha, Wainer, & Oliveira (2003), o tratamento da TCC em dependência química se baseia na análise e modificação dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais geradoras de comportamentos e emoções disfuncionais.

Ou seja, a TCC traça como objetivo final habilitar o paciente a estimular seus pensamentos automáticos, a produzir crenças e pensamentos diferenciados no manuseio de suas fissuras, para habilitá-lo a viver sem usar substâncias. Além do mais, visa a modificação e reestruturação das crenças disfuncionais no intuito de diminuir e interromper os comportamentos e a busca pelas substâncias.

Por fim, a TCC é eficaz para o tratamento da dependência química, pois baseia-se na análise e nas alterações dos pensamentos automáticos, assim como as crenças distorcidas que provocam emoções e comportamentos disfuncionais. Além do mais, Damazo (2011) aponta que esta abordagem utiliza o conceito biopsicossocial na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana e, como visto anteriormente a dependência química é hoje uma doença considerada de origem biopsicossocial.

Portanto, o objetivo da TCC no tratamento de dependentes químicos baseia-se em reconstruir as cognições disfuncionais proporcionando uma flexibilidade cognitiva (SILVA e SERRA, 2004).

## **CAPÍTULO 2 A PRÁTICA INTERVENTIVA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Tratando-se de dependência química, a terapia cognitivo comportamental caracteriza-se como uma ferramenta importante para o tratamento, apresentando uma maior eficácia nos resultados obtidos. Isso porque, esse referencial teórico é definido como um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e focada em metas, considerando fatores cognitivos e comportamentais (DIHEL, 2019).

Sendo assim, o objetivo deste capítulo é indicar as práticas interventivas da terapia cognitivo comportamental relacionadas à dependência química, inicialmente em ambos os sexos e, posteriormente no sexo feminino.

### **2.1. A prática interventiva da Terapia Cognitivo Comportamental para Dependentes Químicos**

Referindo-se à dependência química é imprescindível saber que o tipo de vínculo estabelecido na relação paciente e terapeuta, interfere na adesão, nos resultados e no término do tratamento. Para Dihel “quanto maior for a aliança terapêutica melhor será a adesão, o término do tratamento e os resultados pós tratamento” (2019, p. 234).

Zanelatto cita que:

Ao referir-se à dependência química, sabe-se que o tipo de vínculo estabelecido interfere na adesão ao tratamento, no término deste, bem como nos resultados observado. Terapeutas com maiores conhecimentos/experiências parecem desenvolver uma ligação mais forte com seus pacientes, mesmo durante a recaída” (2018, p. 255).

A aliança terapêutica tem como base o reconhecimento e o acolhimento do paciente. O foco das cinco sessões iniciais é a criação e estabelecimento da aliança terapêutica, que continua a ser importante durante todo o processo terapêutico.

O terapeuta reconhece-o como um indivíduo que tem a capacidade de mudar. Para isso é preciso que o terapeuta desenvolva a empatia, afeto e autenticidade e, essas fases são desenvolvidas através do avanço da terapia (PORTELA *et al*, 2008).

A empatia está ligada a capacidade do terapeuta em colocar-se no lugar do paciente e que tenha ao mesmo tempo a habilidade de distinguir comportamentos

desadaptativos e possíveis distorções que possam estar colaborando para o avanço do problema. Beck & cols (1979, apud, Wright; Basco & Thase, 2008, p. 34), enfatizam que “é crucial regular adequadamente a quantidade de empatia e o afeto pessoal associado”.

A autenticidade é um dos aspectos mais importantes da empatia. Para que o terapeuta tenha uma autenticidade eficaz é que preciso que saiba comunicar-se de forma honesta, natural e emocionalmente, a fim de mostrar ao paciente que entende verdadeiramente a situação. Além do mais, é preciso que o terapeuta seja respeitoso na hora de dar o feedback, pois por mais que seja algo negativo ele precisa encontrar e mostrar para o paciente pontos fortes que ajudam a entender e enfrentar a situação.

É fundamental que profissional tenha um bom conhecimento sobre a doença e das ferramentas da TCC, a fim de estabelecer um vínculo terapêutico forte e assim garantir resultados eficazes no tratamento.

Sendo assim, para que a aliança terapêutica seja fortemente estabelecida é preciso que o profissional além de ter um conhecimento sobre a doença esteja livre de crenças disfuncionais a respeito desta.

Cordeiro, Figlie e Laranjeira (2008), enfatizam que a importância das crenças do terapeuta como barreira potencial à colaboração efetiva entre ele e seus pacientes, pois podem resultar em sentimentos e comportamentos negativos em relação aos seus pacientes.

A entrevista motivacional (EM), se difere das outras modalidades de tratamento por enfatizar o estilo pessoal do profissional sobre a motivação do paciente em relação a mudança. Tem por objetivo evocar as motivações internas para promover mudanças comportamentais de acordo com os interesses do paciente. Seu estilo baseia-se em uma comunicação colaborativo, focado em um objetivo, a mudança (DIHEL, 2019).

Segunda Miller & Rollnick (2001), a EM não se caracteriza por ser da abordagem cognitivo comportamental, mas sim como sendo uma “abordagem” criada para ajudar o paciente a desenvolver um comportamento e a tomar decisões de mudanças. Porém, tanto a EM, quanto a TCC caracterizam-se por serem diretivas e colaborativas e quando combinadas, podem melhorar o tratamento.

Em sua prática, existem habilidades básicas que são usadas no cotidiano, na qual essas habilidades são utilizadas de maneira estratégicas. Segundo Zanelatto e Laranjeira (2018) essas habilidades são:

- **Perguntar para onde o paciente deseja ir e conhecê-lo:** A EM privilegia perguntas abertas, pois proporcionam mais estímulo e espaço para que o paciente responder sobre o que acha mais importante.
- **Informar a pessoa sobre as opções e buscar o que é mais viável para o paciente:** O principal meio de transmitir conhecimento para o paciente é informar. No geral, ele é informado sobre diagnósticos, opções de tratamentos, passos do tratamento, recomendações sobre o uso de medicamentos e recursos que podem ajudar ajudá-los no processo.
- **Escutar e respeitar o que a pessoa deseja fazer e oferecer ajuda e orientação:** O profissional deve escutar o paciente com atenção e, em seguida, verificar se compreendeu corretamente o que ele está querendo dizer (p. 310).

O estilo de comunicação relata sobre a postura utilizada pelo terapeuta para ajudar seus pacientes. Abaixo serão mostrados três tipos de comunicações nas quais refletem três tipos distintos de posturas no relacionamento com o paciente:

- **Acompanhar:** Consiste em escutar, sem julgar ou criticar. Tem como objetivo entender o que está acontecendo pelos olhos do paciente.
- **Direcionar:** O profissional tem o controle da relação terapêutica e em determinados momentos, o direcionamento por parte do terapeuta é fundamental no tratamento.
- **Orientar:** Ajudar a encontrar um caminho de acordo com a mudança que o paciente deseja fazer no momento, oferecendo opções que podem ajudá-lo nesse processo (DIEHL, 2019, p. 251).

É importante ser flexível quanto ao uso da entrevista motivacional com outros métodos de intervenções.

Andretta & Oliveira (2005), enfatizam que essa técnica é caracterizada como breve, podendo ser utilizada de uma a cinco sessões, sendo que a EM pode ser combinada com outros outros modelos, principalmente com a terapia cognitivo comportamental.

Outra prática utilizada pela terapia cognitiva comportamental é a psicoeducação. Esta visa transmitir ao paciente conhecimentos sobre o processo terapêutico, a doença ou o que quer que seja importante saber, com o objetivo de esclarecer:

A estruturação e a educação andam juntas na TCC porque esses processos terapêuticos se complementam na promoção da aprendizagem, mantendo o tratamento bem organizado, eficiente e focado. As metas gerais da estruturação e da educação são gerar esperança e aprendizagem, melhorar a eficácia da terapia e ajudar o paciente a desenvolver habilidades de enfrentamentos (WRIGHT, BASCO & THASE, 2008, p.59).

Além de se caracterizar por orientar o paciente em diversos aspectos, cabe também, esclarecer informações distorcidas, tendo em vista a importância de um largo conhecimento do paciente sobre seu diagnóstico. (FARINA *et al*, 2013).

A psicoeducação é uma intervenção do terapeuta no início do tratamento e, após algum tempo o paciente é quem vai ter a responsabilidade pela definição e manejo dos problemas, a tarefa de casa é um reforçador para que isso aconteça e o indivíduo passe a ser seu próprio terapeuta, pois a TCC educa-os a como utilizar os métodos. Para que se tenha uma psicoeducação eficaz deve-se ensinar o paciente através de conhecimentos para ajudá-lo a prevenir recaídas.

Abaixo seguem alguns métodos para a educação:

- **Miniaulas:** Caracteriza-se por breves ilustrações e explicações das práticas e técnicas da TCC, através de um modelo envolvente, amigável e interativo por parte do terapeuta.
- **Caderno de Terapia:** Apresenta-se esse método nas duas primeiras sessões e depois reforça a importância ao longo do tratamento. O caderno ajuda a organizar os exercícios passados nas sessões, tarefas de casa, insights, entre outros. É um importante método, pois auxilia os pacientes a lembrarem e a utilizarem as técnicas da TCC durante e após anos de tratamentos.
- **Leituras:** Normalmente recomenda-se capítulos de livros de autoajuda, apostila ou outros materiais impressos ou na internet, para ensinar e envolver os pacientes em exercícios de aprendizagem.
- **Modelo de Exercício:** Escrever e explicar como um exercício da sessão funciona, é considerado um bom método de educar os pacientes. A visualização do método por escrito auxiliá-los a compreender os conceitos rapidamente (WRIGHT, BASCO & THASE, 2008).

Sendo assim, compreende-se que a psicoeducação é uma prática fundamental da TCC, pois é capaz de modificar os processos cognitivos, emocionais e comportamentais, podendo ainda registrar suas condutas diante de situações problemas, para que o paciente possa potencializar o processo para mudança de acordo com suas ressignificações.

Conhecida como a espinha dorsal das intervenções cognitivas para mudar os pensamentos disfuncionais, o questionamento socrático, é baseado na relação colaborativa empírica, no qual consiste fazer perguntas, que tragam resultados envolvendo os pacientes no processo de aprendizagem, conseguindo assim, acessar os pensamentos disfuncionais como em uma forma de descobrimento guiado para que o paciente tenha acesso e possa então reconhecê-los e modificá-los (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008).

O Questionamento socrático é uma técnica de entrevista para que o paciente encontre respostas realistas sobre suas ações em detrimento dos fatos. Oliveira; Freire & Laranjeiras (2011), registra algumas perguntas básicas:

[...] Segundo a sua própria experiência, esse pensamento se confirma? Ele lhe parece verdadeiro? No passado, você usou droga em circunstâncias semelhantes? Quais as consequências de acreditar nesse pensamento? Como você avalia o risco de recair nessa situação? (p. 416).

Os autores acreditam que essas perguntas promovem ao paciente reflexões sobre suas atitudes. No entanto, destaca-se a necessidade de adaptar as perguntas de acordo com cada caso.

É importante ressaltar que essa técnica não deve ser considerada e utilizada como uma única ferramenta a ser utilizada, tirariam a espontaneidade e prejudicando a relação (ABREU E GUILHARDI,2004).

A técnica, prevenção de recaídas, ocorre durante as fases finais do tratamento, no qual o paciente ajudará a identificar situações de riscos e aprenderá mecanismos de manejo destas situações com estratégias cognitivas, aprendendo a evitar os riscos e lidar de forma positiva e com os riscos inevitáveis.

Os autores Wright, Basco & Thase, (2008) revelam:

Durante as fases finais da TCC, em geral o terapeuta se concentra especificamente na prevenção da recaída ao ajudar o paciente a identificar problemas em potencial, os quais têm uma alta probabilidade de causar dificuldades. Depois, são utilizadas técnicas de treinamento para praticar maneiras eficazes de enfrentamento (p. 30).

Há também intervenções no estilo de vida, onde há a substituição do uso de substância por uma dicção positiva, ou seja, qualquer comportamento que se distancie do uso (FIGLIE, BORDIN E LARANJEIRA, 2010).

O manejo de fissura é outro aspecto importante na prevenção de recaídas. A fissura pode estar ocorrendo independente da pessoa ter consciência disso, mas é importante que o paciente reconheça a sua fissura e obtenha técnicas de enfrentamento. Para Araújo (2008), o relaxamento tem se mostrado como uma boa forma de distração e trazendo resultados positivos para o manejo da fissura.

Na prática clínica, a prevenção de recaídas pode ser aplicada tanto no tratamento individual quanto no coletivo. Abaixo serão apresentadas 5 sessões, apontada por Diehl (2019).



Na primeira sessão, o terapeuta disponibilizará um formulário para o paciente, o qual este irá preencher sobre sua última recaída. Após o preenchimento será realizada uma discussão sobre seus pensamentos e comportamentos, e também será proporcionado e apresentado o modelo de Beck, no qual se solicitará que o paciente preencha, com o objetivo do terapeuta e do paciente identificar situações de risco e as crenças centrais que favoreceram a recaída. Por fim, nesta sessão, após ser identificados as situações favoráveis para as recaídas através do modelo de Beck, serão trabalhados possíveis caminhos através do modelo de Marlatt, no qual o paciente deverá apresentar respostas de enfrentamento eficazes e que poderiam ser aplicadas na situação.

Na segunda sessão, será realizada uma relação de quais situações aparecem com mais frequência e através da aplicação do questionário de confiança situacional, se ajudará o paciente a identificar um maior número de situações que não foram relatadas. Posteriormente, serão discutidas quais situações tem uma maior chance de estimular a recaída. Através de um formulário que será preenchido, mostrará quais são as formas de lidar com essas situações, e quais tem um desfecho mais positivo. Ao término da sessão o paciente precisa ser capaz de:

identificar situações de risco e a hierarquia dessas situações de risco e a hierarquia dessas situações, revisar as estratégias usadas no passado e que deram certo e prever e antecipar-se a futuras situações de risco (DIEHL, 2019, p. 266).

A terceira sessão, tem como objetivo identificar os pontos fortes das habilidades treinadas e quais precisam ser trabalhadas ainda mais.

Na quarta sessão, o paciente será auxiliado para o manejo de um lapso, para evitar uma possível recaída, pois mesmo os pacientes motivados com o tratamento podem ter lapsos. Primeiramente, é necessário que o paciente entenda a ocorrência do lapso. É necessário que seja refletido que a forma como o paciente lida com esses eventos, pode levar à recaída. Portanto, é importante que o terapeuta ajude a lidar com os feitos da abstinência. Para isso, é necessário que o paciente consiga identificar quais são as distorções cognitivas que possam levar ao lapso e descobrir uma forma mais realista de pensar diante da situação. Por fim, é preciso que o paciente se sinta acolhido, pois é comum surgir sentimento de culpa e vergonha nessa etapa, e que ele veja que a causa do lapso é uma falha pessoal e não uma falta de força de vontade.

Na quinta e última sessão, é solicitado ao paciente que preencha um formulário sobre sua satisfação e as modificações que são necessárias. Diante das respostas, o terapeuta deve elaborar um plano de mudança de vida, dando atenção para o aumento de atividades prazerosas para o indivíduo.

Por fim, abaixo tratará das formas intervenção em dependência química na abordagem cognitivo comportamental com foco no sexo feminino.

## **2.2. A prática interventiva da Terapia Cognitivo Comportamental para Dependentes Químicas femininas**

No que se refere ao tratamento utilizado para mulheres, Zanelatto e Laranjeira (2018), apontam que, o sexo feminino sofre desproporcionalmente com o estigma social, e com as críticas da sociedade. O medo da desaprovação e a discriminação é considerado uma barreira social que as impossibilita de procurarem tratamentos.

Leal (2009, apud Targino, 2017), aponta que inicialmente, tem de haver uma adaptação do tratamento proposto, pois não há adaptação do tratamento às necessidades das mulheres.

Um dos principais pontos para o tratamento se tornar eficaz é a detecção precoce. Além do mais, o tratamento deve incluir aconselhamento e psicoeducação, além de intervenções psicossociais e farmacológicas. Grupos compostos apenas por mulheres são mais atrativos, principalmente os que incluem programas relacionados a autoestima e ao corpo, tem uma maior chance de adesão e sucesso (DIHEL, 2019).

Inicialmente, faz-se necessário uma avaliação inicial ampla, que pode ser proporcionada por um bom vínculo terapêutico. Deve-se haver metas simples, entre elas a interrupção do uso da substância. Neste momento, a motivação é fundamental para que a paciente fique o maior tempo possível sem a substância, e a participação em grupos de ajuda é de extrema valia.

Iniciado o tratamento, a psicoeducação se faz importante, no qual deve-se educar as pacientes sobre os efeitos e as consequências do uso das substâncias. Ademais, devem ser abordados os sintomas de abstinência e serem ensinadas possíveis técnicas da prevenção de recaídas.

Aquela considerada como a última fase do tratamento, é onde a paciente coloca em prática tudo aquilo que foi aprendido durante a psicoeducação, incluindo

as novas formas de enfrentamento e de lidar com as situações. A motivação deve ser sempre reforçada.

Quando comparadas aos homens, as mulheres usuárias de substâncias químicas apresentam um quadro clínico mais grave e mais problemas associados às famílias. Sendo assim, o envolvimento desta é muito importante para o sucesso do tratamento. O terapeuta deve estar sempre ciente sobre os projetos e recursos disponíveis para o enfrentamento da dependência (DIHEL, 2019).

Dimeff e Linehan (2008), desenvolveram a terapia comportamental dialética, com o objetivo de ajudar os pacientes a construir uma vida mais digna. Ensinando-os a visualizar, articular, perseguir e manter metas independentes de sua história de comportamento fora de controle, incluindo abuso de substâncias, tornando-os também mais capazes de lidar com os problemas comuns da vida.

As sessões iniciais das pacientes são baseadas em metas, sendo elas: Diminuir o abuso de substâncias ilícitas e também as lícitas, como por exemplo, os remédios que são legalmente prescritos, mas são usados de forma que não foram prescritas. Evitar oportunidades e situações de abuso, por exemplo, lugares e coisas associadas ao abuso de drogas, essa evitação pode ocorrer através do comportamento de excluir os contatos de pessoas que também utilizam a substância. Reduzir comportamentos que contribuem para o abuso de drogas, entre esses comportamentos podem ser citados o desistir momentaneamente do objetivo de abandonar as drogas e, em vez disso, pensar como se o uso de drogas possa ser evitado. Aumentar os comportamentos saudáveis, tais como conhecer amigos, reacender velhas amizades, procurar ambientes que apoiem a abstinência.

As sessões tem como foco a motivação. Em relação aos objetivos do tratamento a abordagem dialética, envolve a insistência pela abstinência, aceitando a recaída, mas sempre buscando a mudança do comportamento e a redução de danos (LINEHAN *et al.*, 1999, apud OPPERMAN, LEWGOY & ARAUJO, 2015).

Primeiramente o terapeuta informa a paciente na primeira sessão a expectativa em relação a abstinência, incentivando a mesma a comprometer-se com o tempo estabelecido por ela para a abstinência. No final desse tempo estabelecido, o tempo renova-se por um período mais longo que o inicial e por fim, “atinge, em longo prazo, a abstinência estável, reunindo sucessivos períodos livres do uso de drogas” (Dimeff & Linehan, 2008, apud OPPERMAN, LEWGOY & ARAUJO, 2015 p. 116).

Em um segundo momento, o terapeuta ensina a preparar respostas mediante as situações consideradas de alto risco. Além disso, auxilia a paciente a se afastar de situações associadas a seu antigo estilo de vida, no qual há um grande risco para usar drogas.

Por fim, a paciente é orientada a analisar seus comportamentos e situação que levaram ao uso da substância, averiguando o que pode ser levado como aprendizado e utilizado como prevenção a recaídas.

Outro tratamento que pode ser utilizado é o “*Seeking Safety*”. Esta intervenção visa trabalhar os comportamentos autodestrutivos e promover a abstinência e a segurança pessoal. As 25 sessões desse tratamento são estruturadas igualmente e levam ao conhecimento:

- Verificação de entrada, incluindo relatórios de todos os comportamentos de risco e uso das habilidades de enfrentamento;
- Tema da sessão, com uma breve apresentação para envolver afetividade as participantes;
- Relação entre o material exposto e a vida das participantes, facilitação da discussão e prática de habilidades estruturadas;
- Verificação de saída, incluindo o comprometimento com a prática das habilidades específicas entre as sessões (ZANELATTO E LARANJEIRA, 2018, p. 606).

Esse tratamento em conjunto com a prevenção de recaída é eficaz para mulheres principalmente de baixa renda.

Geralmente o uso de substância é visto e tratado como problemas individuais, porém essa doença não afeta apenas o usuário, mais também seus familiares e com quem convive. A partir disso, intervenções que englobam a família e pares, principalmente quando se trata do sexo feminino, por conta da perda de papéis advindos da dependência, estão se tornando comuns (O’FARRELL & STEWART, 2010).

A partir disso, outra possível intervenção é a terapia comportamental para casais (BTC), que tem como foco as mulheres. O programa inclui o auto monitoramento, a análise sobre o comportamento de usar a substância química, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

Esse tratamento encoraja uma responsabilidade individual, onde a mulher escolhe a mudança que quer alcançar independente do seu parceiro. A abstinência é o fator principal a ser trabalhado, antes mesmo de alcançar as mudanças estabelecidas inicialmente.

A BTC, utiliza-se de técnicas da terapia cognitivo comportamental para aumentar e recompensar os comportamentos que apoiam a abstinência e a recuperação ao longo prazo (O'FARRELL & STEWART, 2010). Entre as técnicas, a de 12 passos é muito utilizada.

Outro tipo de tratamento para mulheres é a “*Women's Recovery Group*” (Grupo de recuperação para mulheres). Ao total são realizadas 12 sessões, sendo que os temas são construídos baseados nas diferenças do uso e na consequência deste entre homens e mulheres e seguem um modelo de prevenção de recaídas.

Nas sessões o tema a ser tratado é exposto para as participantes, sendo o tema central de todas as sessões a prevenção de recaídas. A sessão se inicia com um “*check-in*”, no qual a paciente responde a três perguntas: “Você teve fissura ou urgência de usar? Você usou? Se não, como foi capaz de se manter sóbria? Você fez o treinamento de habilidades? Se fez, o que achou?” (MCHUGH & GREENFIELD, 2010, p.15).

Cada sessão é apresentada e acompanhada através de apostilas. Posteriormente à apresentação do tema, as participantes discutem sobre e relacionam com a recuperação. Ao término da sessão e da discussão é feita uma breve análise das habilidades a serem trabalhadas até a próxima sessão e também um “*check out*” em que cada participante fala sobre seus planos para lidar com a recuperação (ZANELATTO E LARANJEIRA, 2018).

Por fim, a dependência química é vista como uma doença biopsicossocial, ou seja, há um componente biológico, fatores psicológicos, sociológicos e fatores culturais que desempenham uma grande importância em seu desenvolvimento (BORDIN *et al*, 2010). Sendo assim, a TCC como abordagem que é considerada a mais eficaz no tratamento, utiliza-se das técnicas citadas anteriormente, mas sempre envolvendo todos os contextos (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

## **CAPÍTULO 3 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E DISCUSSÃO**

A partir dos objetivos deste trabalho visando compreender as características das mulheres dependentes de substâncias psicoativas e quais são as diferenças em relação ao homem. Realizou-se uma pesquisa de campo que, de acordo com Prodanov e Freitas (2013), consiste em um levantamento de dados de maneira mais detalhada que é realizada no ambiente do fenômeno a ser estudado, visando obter mais conhecimento deste para posterior análise a partir de teorias científicas.

Portanto, neste capítulo será apontada também a metodologia utilizada para obtenção dos dados da pesquisa. Posteriormente, seus resultados e por fim, a análise e discussão deles. Para tanto, seguiu-se critérios definidos pelo comitê de ética, exibidas mais a adiante.

### **3.1. Metodologia**

Para que a pesquisa de campo pudesse ser realizada, seguiram-se alguns critérios, entre eles: a definição da amostra, escolha de materiais, consideração de aspectos éticos e procedimentos adotados que foram necessários serem desenvolvidos para que se chegasse nos resultados e discussões que serão apresentados a seguir.

#### **3.1.1 Amostra**

Para a realização desta pesquisa foram entrevistadas 14 internadas de uma clínica para dependentes químicos feminina e 12 participantes, do sexo masculino, do grupo de N.A e A.A do município de Atibaia.

Foram escolhidos participantes que fizeram uso de qualquer substância química, e que não desenvolveram nenhum transtorno mental devido ao uso excessivo, objetivando que eles conseguissem responder o questionário de maneira eficaz.

### 3.1.2 Materiais

O material utilizado consistiu em um questionário adaptado das pesquisas de de Leal (2009) e Damazo (2011) (anexo I), para aplicação nas internas de uma clínica para dependentes químicas femininas em paralelo com frequentadores dos grupos de N.A e A.A.

Este questionário foi elaborado para que se pudesse coletar todas as informações necessárias para responder os problemas da pesquisa, tais como: existe diferença entre a dependência química no sexo feminino para o masculino? Quais são essas diferenças? Quais são as maiores dificuldades encontradas pelas mulheres dependentes? Quais são as dificuldades encontradas em relação ao tratamento? como as técnicas da terapia cognitivo comportamental poderão auxiliar no tratamento de dependentes químicas do sexo feminino? E qual é a percepção das mulheres dependentes químicas em relação a sua doença, ao tratamento e ao modo como são tratadas?

As perguntas que compõe o questionário foram elaboradas em conjunto com o orientador objetivando coletar informações sobre as dificuldades que o(a) participante encontrou no tratamento, na sociedade e no âmbito familiar, tempo de uso, e quantidade de internações.

As informações coletadas por meio do questionário auxiliaram no desenvolvimento das respostas dos problemas da pesquisa levantados, pois fornecem dados sobre as diferenças e dificuldade da dependência química feminina e masculina, entre elas os estereótipos impostos nos usuários, pela sociedade e pela família.

### 3.1.3 Aspectos Éticos

Primeiramente, apresentou-se o formulário para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Instituição acadêmica onde se detalhou o procedimento que seria adotado, ressaltando as condutas éticas, como a questão do sigilo das informações levantadas, entrega do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (anexo II), gravação, arquivamento para posterior análise e descarte do áudio obtido nas entrevistas, a fim de que fosse avaliado e dado o parecer favorável ou não para a sua aplicação.

Após a aprovação da pesquisa pelo CEPE (anexo III), deu-se início à aplicação, seguindo rigorosamente as condutas informadas acima para que se garantisse o cumprimento das normas estipuladas pelo Comitê de Ética e não proporcionasse qualquer risco aos participantes quanto ao sigilo das informações prestadas.

### **3.1.4 Procedimentos**

Após o levantamento das referências científicas sobre o tema da dependência química no sexo feminino quanto ao seu contexto histórico e possíveis intervenções, realizou-se uma entrevista com dependentes químicos do sexo feminino e masculino.

O contato com o responsável da clínica de dependentes químicos feminina se deu primeiramente via telefone e posteriormente presencialmente, respectivamente nos dias 13 e 16 de maio deste ano. Com as internas os dois contatos foram presenciais. A primeira reunião com elas ocorreu no dia 06 de junho e a entrevista no dia 08 de junho. Com os dependentes químicos masculinos, todos os contatos foram presenciais e as entrevistas foram realizadas a partir do dia 30 de junho a 17 de julho.

A entrevista foi semiestruturada e composta por 23 questões e foi realizada na clínica e na sala de reunião do N.A e A.A. Ambos os lugares possibilitaram a garantia do sigilo das informações coletadas. A entrevista foi gravada em áudio a fim de que não se perdesse nenhuma informação relevante para a pesquisa e, para que pudesse ser analisada posteriormente para a composição dos resultados da referida pesquisa.

Portanto, foi entregue em momento anterior à entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha todas as informações necessárias sobre a pesquisa e solicitava o aceite da gravação em áudio da entrevista. Posteriormente à realização das entrevistas, analisou-se os resultados obtidos à luz das teorias que embasaram o trabalho, o que possibilitou responder os problemas de pesquisa, cujos conteúdos serão apresentados a seguir.

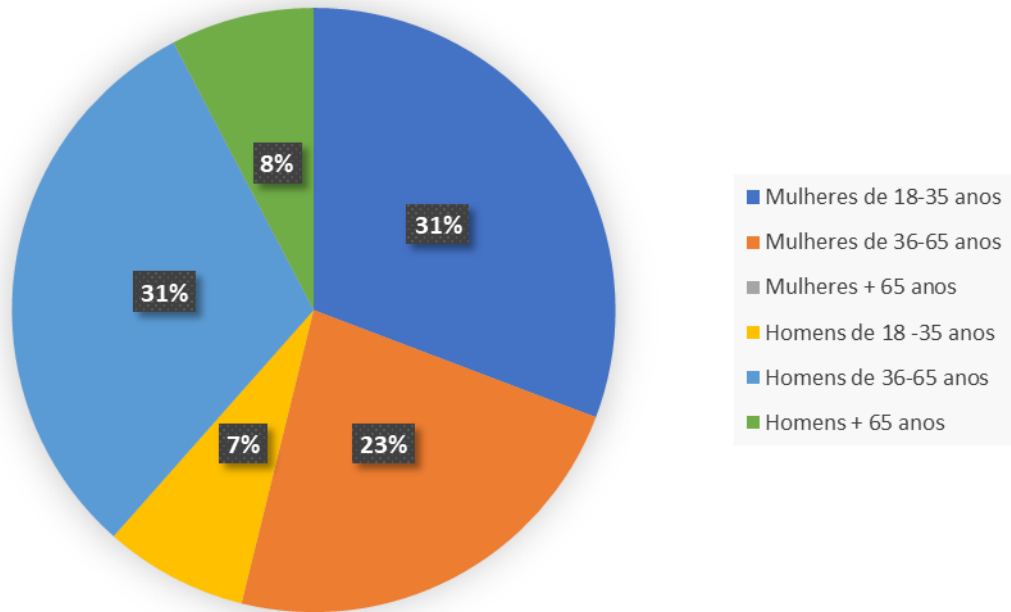
## **3.2. Resultados**

Conforme apresentado anteriormente, a amostra dos (as) dependentes pesquisados (as) foi de 26 pessoas no total, sendo que, 14 do sexo feminino e 12 do



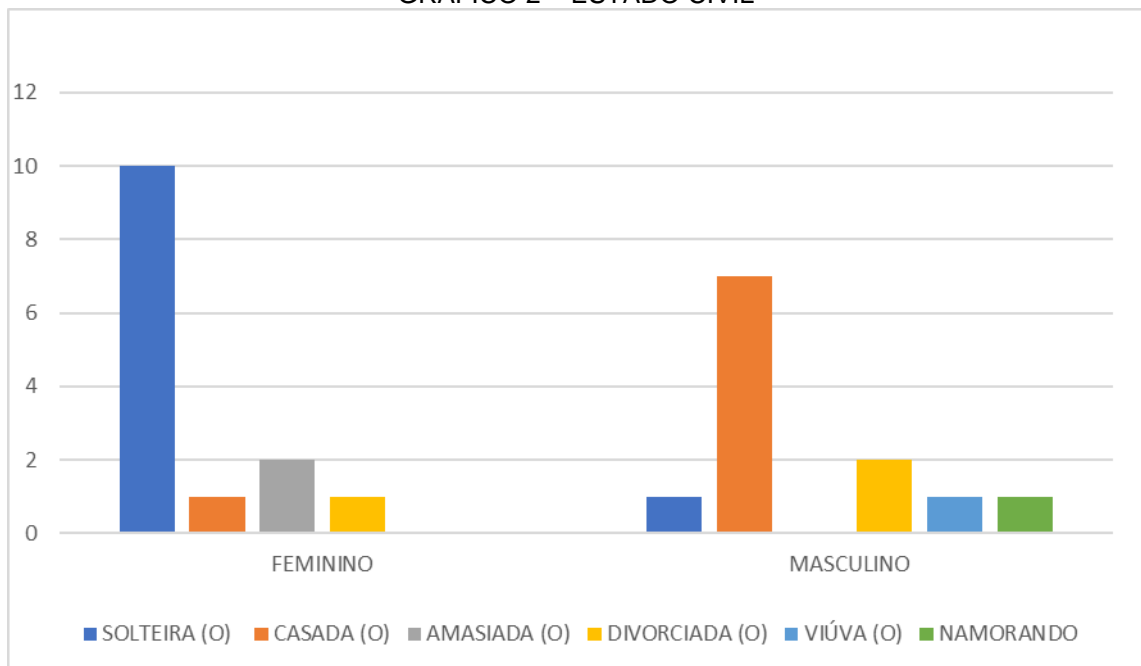
masculino. Sendo assim, foram entrevistadas 14 internas de uma clínica só para mulheres e 12 frequentadores dos grupos N.A e A.A. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas, obtiveram-se os seguintes resultados, conforme apontado abaixo:

GRÁFICO 1 – IDADE X GÊNERO



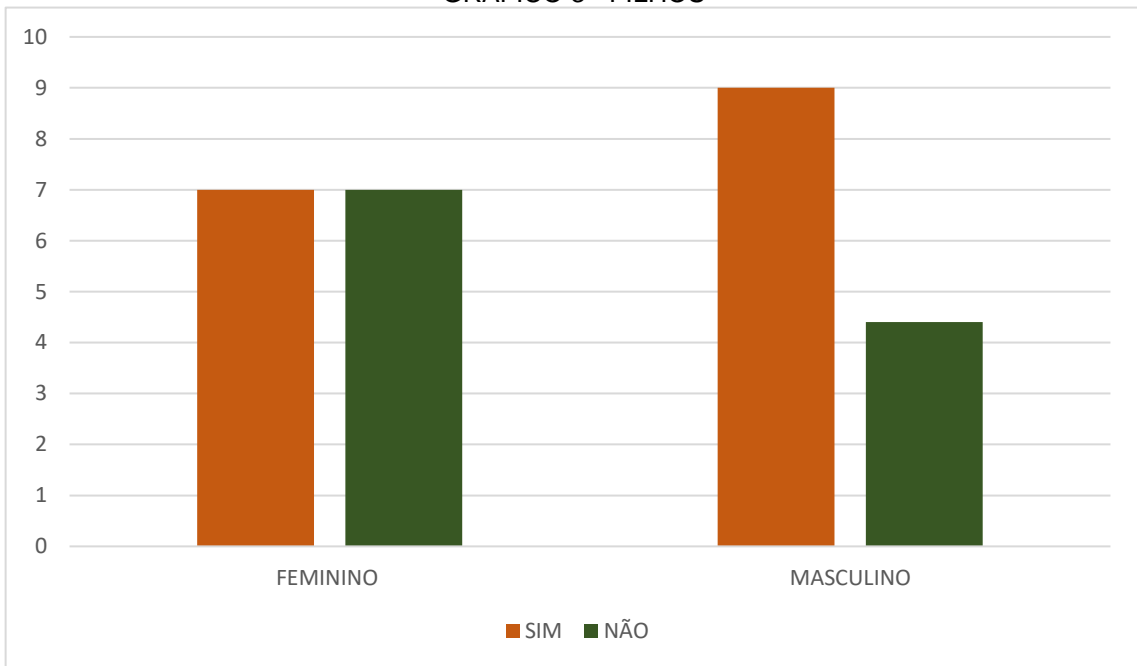
FONTE: A autora (2019).

GRÁFICO 2 – ESTADO CIVIL



FONTE: A autora (2019).

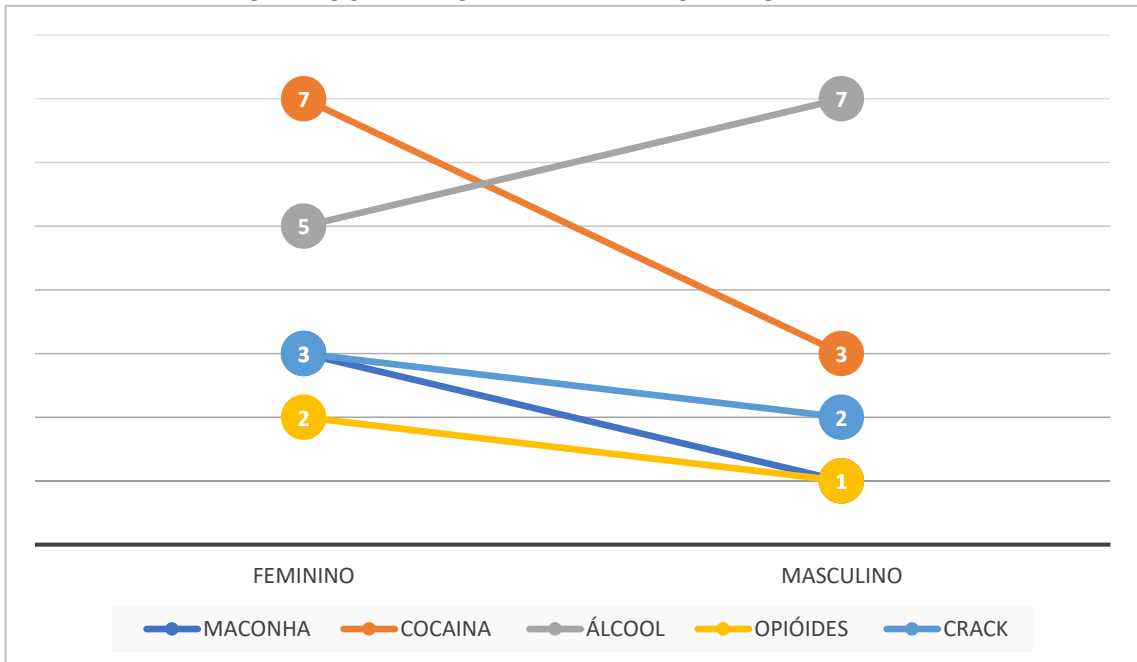
GRÁFICO 3 - FILHOS



FONTE: A autora (2019).

1. Qual tipo de dependência você tem hoje?

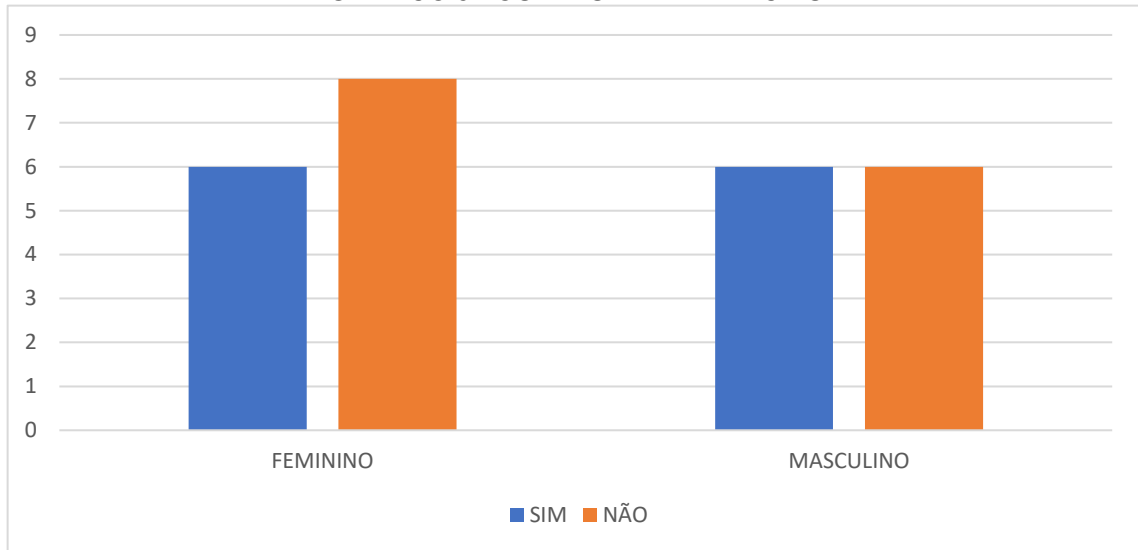
GRÁFICO 4 - TIPO DE DEPENDÊNCIA ATUALMENTE



FONTE: A autora (2019).

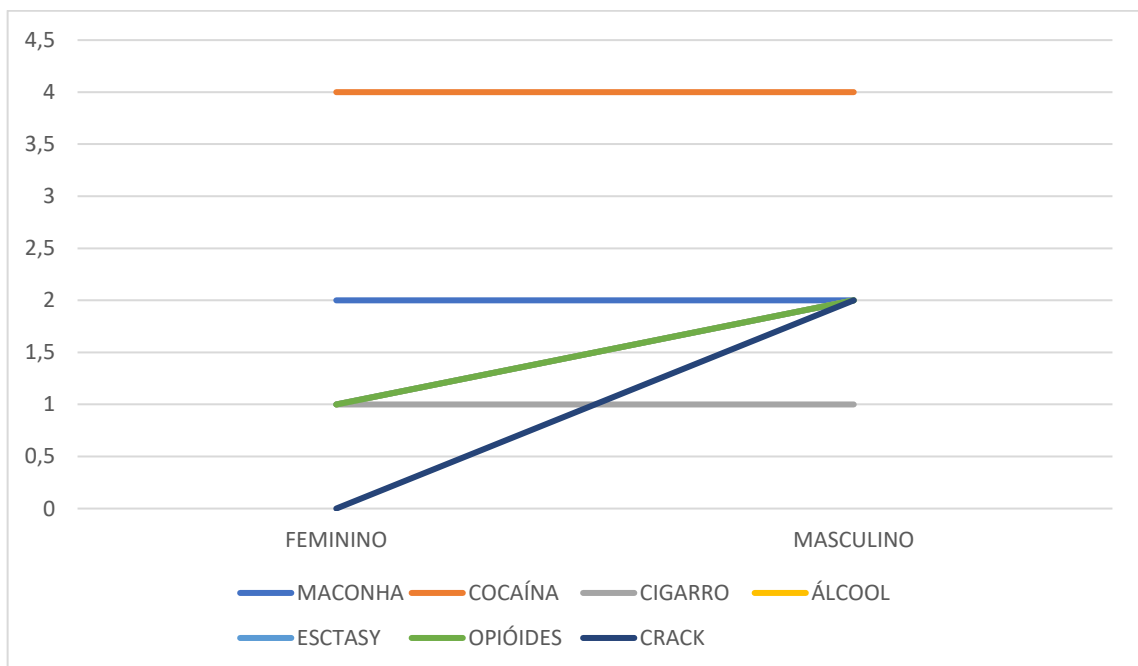
## 2. Já teve outros tipos de dependências? Quais?

GRÁFICO 5 - OUTRAS DEPENDÊNCIAS



FONTE: A autora (2019).

GRÁFICO 6 - TIPOS DE DEPENDÊNCIAS



FONTE: A autora (2019).

## 3. O que você entende por dependência química?

- Resposta das participantes femininas:

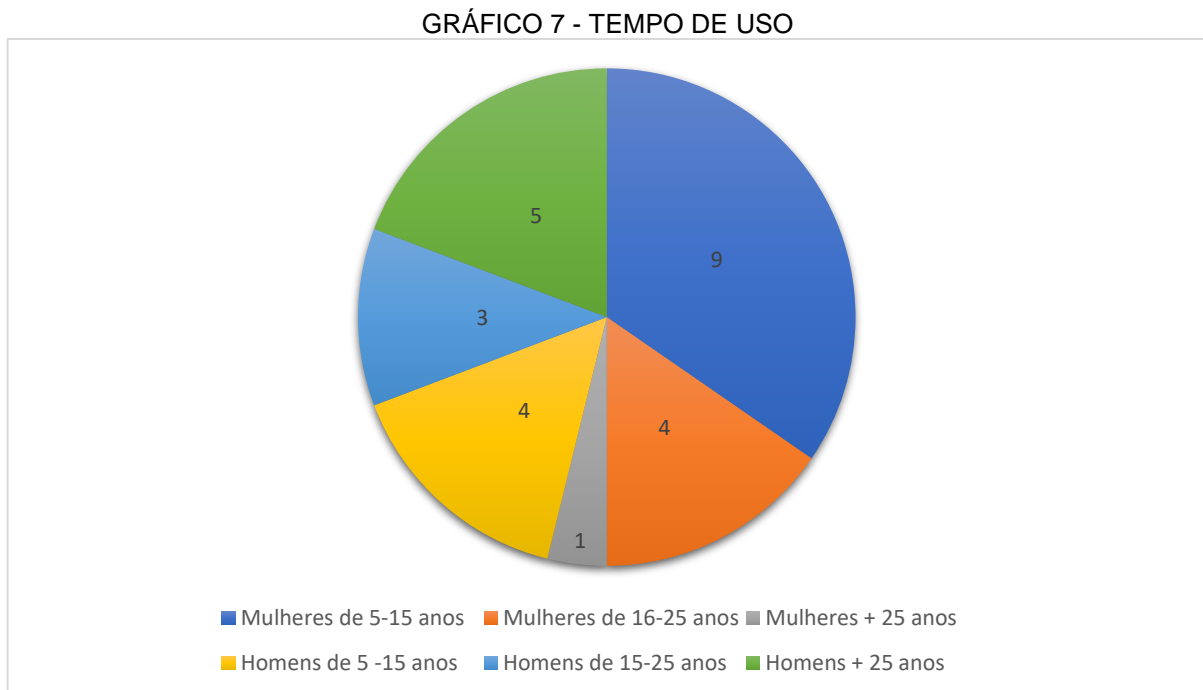
“Entendo que a gente é escravo da droga e que usar uma não basta”; “Usar mesmo sem estar com vontade. Desejo de usar incontrolável”; “: É uma doença que afeta o indivíduo em vários aspectos. É uma doença mental que

é desencadeada após o uso de uma substância química”; “De eu sentir a necessidade de todo dia e toda hora de fazer a mesma coisa”; “É uma pessoa que fica dependente totalmente, vive para a droga e usa para viver”; “Química são as drogas. Dependência são essas porcarias que não consigo viver sem” ;”Uso de alguma substância química que altera o estado de humor”; “É uma dicção, que domina meu comportamento, que vai me descaracterizando me tornando uma pessoa fragmentada”; “Necessidade de usar droga”; “Abuso de alguma coisa que deixa a vida da gente descontrolada” ; “Acho que é quando você precisa da droga para viver, não se tem interesse em outras coisas a não ser a drogas”; “Ficamos escrava da substância” ; “Algo que me controlava, sentia necessidade de usar drogas sempre que saia”; “Dependente de qualquer coisa que altere o humor”

- Resposta dos participantes masculinos:

“É uma doença”; “Uma doença comportamental, física, mental e espiritual”; “Na minha concepção a dependência química é todo problema que a gente tinha ou se estava feliz ia beber, se estávamos tristes íamos beber mais ainda. A droga é um anestésico parta a consciência”; “Algo que você descobre tarde demais e não tem controle”; “É uma doença”; “Tudo o que eu sei hoje foi através do N.A. O N.A me ensinou que a dependência é uma doença que só traz coisas ruins”; “É uma doença comportamental, mental e físico, é uma dicção já nascemos com ela”; “Eu acredito que seja um prazer que não existe, ele te deixa satisfeito por um momento, mas isso traz consequências”; “É uma coisa muito extensa, é física, genérica, mental e espiritual”; “ Entendo como um recurso que altera o meu estado de humor”; “É uma doença que acaba com a nossa vida e acredito que isso é genético, já nascemos com isso, uns desenvolve e outros não”; “É uma dicção, um é pouco e dois não basta”.

4. Há quanto tempo você está utilizando tal substância química?



FONTE: A autora (2019).

5. Você encontrou dificuldades em se assumir como usuária(o) de substância química? Quais?

- Resposta das participantes femininas:

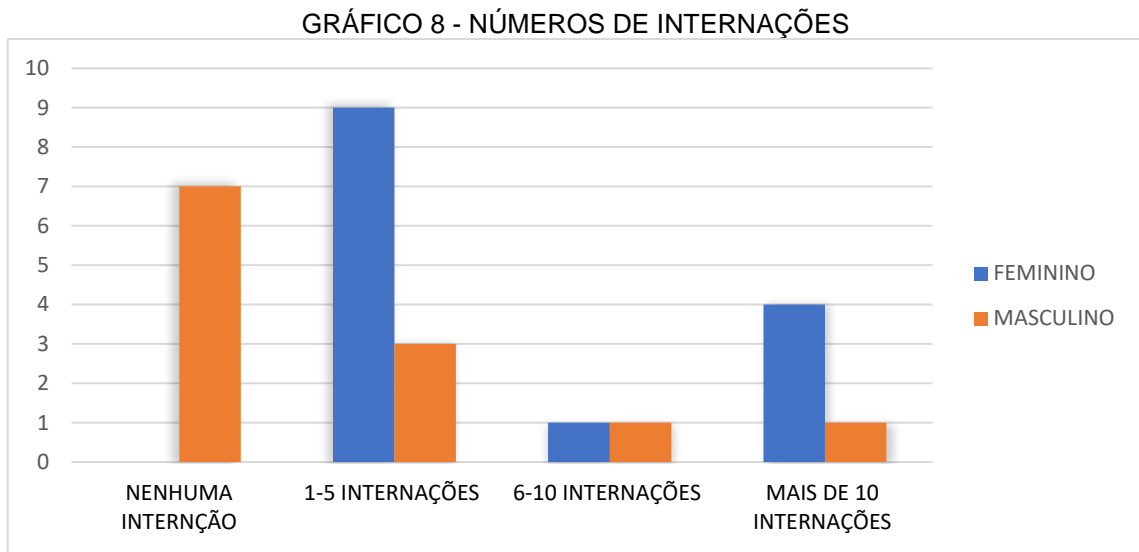
“Sim, eu negava que era dependente química porque não usava muito. Eu tinha um namorado que usava tudo e eu achava que tinha o controle”;  
 “Encontrei dificuldades na família e na sociedade, por ser mulher mesmo o preconceito”;  
 “Bastante, alguns pré-conceitos. O usuário acaba sendo marginalizado, eu um pouco menos por ser substância ilícitas”;  
 “Não, eu tenho caso na família, meu pai era também”;  
 “Não, porque a minha mãe sabia. Depois que eu usava me arrependia e ia direto contar para ela”;  
 “Eu nunca achei que era dependente, mas nunca conseguia parar. No começo eu só bebia de final de semana e depois passei a beber todo dia, antes da janta e do almoço e de final de semana bebia um pouco mais e assim foi indo”;  
 “Ah, no começo a gente acha que é apenas usuária e depois perdemos o controle”;  
 “Demorei muito para aceitar que era uma dependente química, para mim eu era uma usuária convencional, fui aceitar só com 23 anos”;  
 “Sim, não queria

magoar a minha família”; “Não”; “Não, foi descaradamente”; “ Por ser mãe, ser mulher. Me isolei em casa”; “O álcool eu sabia que abusava, mas não sabia que era adicta, fui descobrir que era doente na clínica”; “Não, na minha família era normal usar drogas”.

- Resposta dos participantes masculinos:

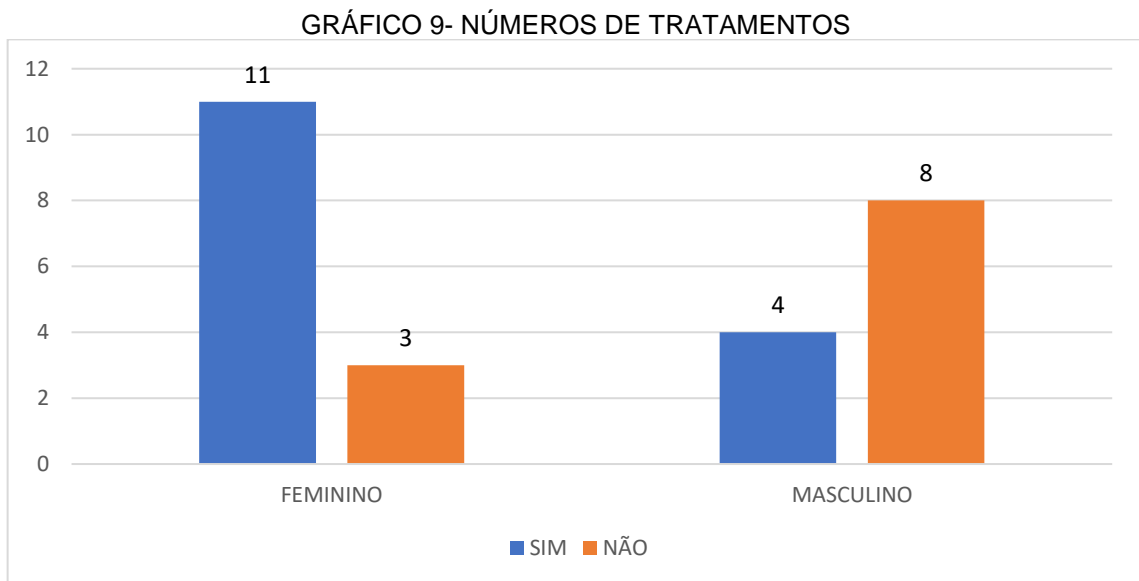
“Bastante! Para mim eu ia conseguir parar de usar sozinho e no momento que quisesse, mas o que foi que me trouxe para a realidade e o que me assustou bastante foi que eu comecei a alucinar”; “Eu não encontrei dificuldades porque acredito que o alcoolismo é uma doença espiritual”; “Encontrei bastante dificuldades. Me deparei com um conflito, me sentido derrotado, tive depressão” “Sim, por que eu não sabia o que eu era, queria desesperadamente parar de beber ou diminuir, mas não conseguia”; “Sim, não tinha nada pior do que me chamar de alcoólatra”; “Para mim foi tranquilo, quando resolvi falar que estava usando drogas minha mãe me deu muitos conselhos, só que eu não quis escutar, eu acho que não era um dependente químico, usava só por diversão”; “Tive muita dificuldade, quando eu conheci o N.A não aceitava a ajuda de ninguém, minha mãe sempre foi da igreja eu pensava que só eu e Deus eu iria conseguir”; “Sim, no início eu não queria aceitar que eu era um alcoólatra, eu acreditava que tinha condições de beber socialmente”; “Olha, de uma certa forma não, o alcoólatra já é exposto, ele só não assume para ele”; “Foi um processo complicado, fui várias vezes internado, eu não acreditava que era doente, mas eu vi que não conseguia viver normal”; “Não eu sabia que tinha problema, mas não sabia como parar”; “ Sim, me assumir para mim eu tinha controle”.

## 6. Quantas internações você já teve?



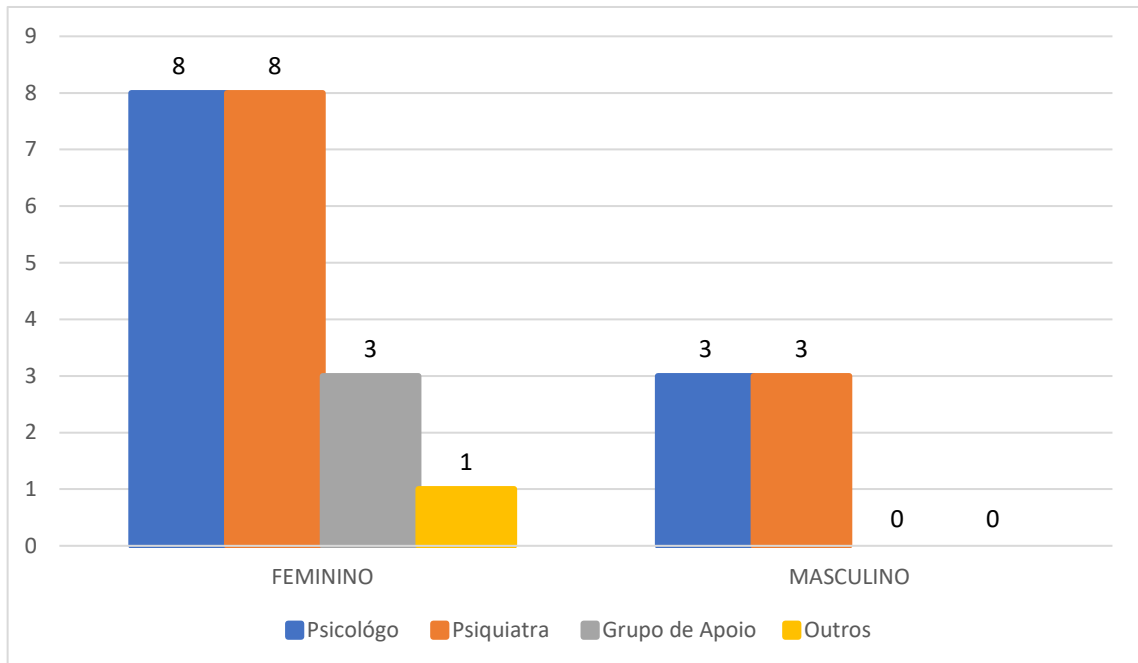
FONTE: A autora (2019).

## 7. Quantos tratamentos você já teve? Que tipos?



FONTE: A autora (2019).

GRÁFICO 10- TIPOS DE TRATAMENTOS



FONTE: A autora (2019).

#### 8. Descreva o tipo de tratamento que já fez.

- Resposta das participantes femininas:

“Eu ia uma vez por semana no psicológico e uma vez no mês no psiquiatra”; “Não surtiu o efeito, por falta de vontade minha”; “Os tratamentos eram ambulatoriais, frequentava psiquiátricas e ia de uma a duas vezes por semana na terapia”; “Eu ia uma vez por mês no psiquiatra para ver se os remédios estavam bons. Conversava com a psicóloga, mas chegava em casa à noite e sempre acabava tomando um gole”; “Ele fazia trocas de medicações para mim”; “Ah, aqui temos regras para tudo, temos que ir em grupo, temos acompanhamento psicológico e psiquiatra é bom”; “Psicólogo eu ia uma vez por semana”; “Eu tomava medicamentos”; “Estou só na clínica”; “Me passava remédios, acho que isso ajudou na minha dependência”; “Eu ficava o dia inteiro lá no hospital, mas quando saía já usava a droga”; “Na clínica passava com psicólogo e psiquiatra”; “No começo do ano passado eu fazia terapia 2 vezes na semana pela dependência e pelo Borderline”; “Fazia acompanhamento semanal”.

- Resposta dos participantes masculinos: “



Como eu só frequentei o grupo, é muito do que você viu hoje, cada um dar seu depoimento de vida, isso me ajudou muito”; “O meu tratamento foi através da história de vida e da luta das pessoas que passam ou passaram pelo mesmo problema que eu, isso me dar forças para continuar”; “A internação eu ficava excluído da sociedade e eles me intoxicavam de remédios, isso não me ajudou em nada, além de eu sair mais viciado ainda, eu sabia que na primeira esquina que parasse encontraria drogas. A internação não me preparou para conviver com as drogas, ela simplesmente me excluiu da sociedade. Já o grupo foi totalmente contrário”; “Só frequentei aqui, só a primeira coisa que fui atrás para descobrir o que tinha, e vi que tem bastante gente que passou pela mesma dificuldade que a minha”; “ Só o grupo”; “Eu conheci o N.A através de um poder judiciário, então comecei a vim por obrigação, depois que escutei depoimentos de pessoas que estão na mesma caminhada que eu me senti mais forte”; “Eu passei por 3 psicólogos, e o psiquiatra me passava remédios”; “Só o N.A”; “Na internação eles deixavam a gente amarrados”; “Tive acompanhamento semanal com os dois”; “Fazia atendimentos semanais e como o Psiquiatra eu tomo remédio até hoje e passo de 3 em 3 meses”; “Venho todos os dias dar meu depoimento e escutar os dos colegas”.

#### 9. Se foi mais de um, por que houve a desistência?

- Resposta das participantes femininas:

“A primeira internação eu concluir, fiquei 5 anos. Depois fiquei um tempo limpa, fui a reuniões do A.A mas encontrei meu ex-namorado e voltei a usar. A minha segunda internação eu também concluir e quando sai estava ainda com o meu ex-namorado e mesmo sem usar drogas ele colocou meu nome no tráfego foram atrás de mim e a minha família ficou com medo e me internaram de novo que é essa vez que estou aqui”; “Por que eu não tinha o desejo de parar de usar”; “Eu nunca me disponibilizei para realizar os tratamentos”; “Não desisti, simplesmente me internaram, foi obrigada pela família”; “Não apenas transferi o tratamento para a clínica”; “Fiquei até me darem alta. Dessa vez eu não lembro quando e como cheguei aqui, cada uma fala uma coisa”; “Não estava gostando dela e pensei que não precisava mais”; “Sim, eu não queria me tratar”; “Estou a 3 meses”; “Estou aqui a 3 meses, mas

nos outros sempre tive alta e voltava a usar remédios”; “Eu parei por que eu não estava me doando”; “Sempre tive alta, nessa internação vai fazer 1 ano. Depois tive recaídas”; “Fiz tratamento até ser internada, e continuei aqui”; “Todas eu concluí”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“Não”; “Não”; “Porque eu estava sofrendo muito e isso não estavam me ajudando”; “Não”; “Não”; “Não”; “Eu nunca aceitei as internações, eu era manipulador, ficava amigo dos donos das clínicas e fazia eles me darem alta. Os psicólogos por que sentia que não surtia efeito, eles não entendiam o que era uma dicção e só me davam remédios”; “Estou à 5 anos”; “Eu não aceitei o método da clínica era muito violento”; “Eu concluí, mas depois voltei a usar”; “Nas internações eles não falavam sobre a doença simplesmente nos excluía da sociedade e da família”; “Frequento a 6 anos”.

#### 10. Que dificuldades você encontrou para iniciar o tratamento?

- Resposta das participantes femininas:

“Negação, por que dessa vez eu fui internada sem usar droga então achava que não precisava ficar muito tempo e estou á 1 ano e 8 meses”; “Ter que aceitar que eu não podia mais usar, foi bem difícil”; “Eu não conseguia vim por vontade própria. Minha família teve que chamar o resgate, hoje eu sou muito grata por isso”; “A própria aceitação que era uma dependência, que não era um divertimento mais”; “A distância do meu filho”; “Não”; “Não”; “Todas as minhas internações foram involuntárias, depois só que eu quis me tratar”; “Eu vim obrigada, ninguém me falou nada sobre a internação”; “Não, sempre de boa”; “Nunca lidei com o não, nunca gostei de regras”; “Eu não aceitava que era uma dependente química”; “Eu não sabia como era a doença, eu achava que era só um abuso”; “Tive dificuldades em perceber que estava doente, por conta da herança que recebi do meu pai, não tinha noção do quanto estava usando”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“Eu não encontrei dificuldades, pelo contrário comecei a frequentar o grupo de muito bom grado”; “Eu achava que não precisava, conhecia o grupo a muito tempo, mas não entrava na minha cabeça, eu realmente não queria parar de

beber”; “Eu encontrei dificuldades, achava que não precisava que eu iria conseguir sozinho”; “Não, por que não sabia o que era. Eu procurei na internet, no ‘google’ o que eu faço, como parar ou diminuir o álcool e a resposta foi o grupo”; “Não, recebi o convite a 26 anos para ajudar e não para participar. Na primeira reunião eu percebi que o necessitado era eu e a partir daí não parei mais de frequentar”; “Senti um pouco de dificuldades, comecei a frequentar o grupo por obrigação achava que não precisava. A justiça pediu para frequentar 25 sessões e nessas sessões passei a me identificar com histórias iguais a minha”; “No N.A, eu me senti estranho, mas aqui me senti abraçado. Nos outros tratamentos não em senti assim”; “Na verdade foi a aceitação, aceitar que eu era um doente”; “Basicamente nenhum, eu já estava planejando, eu já estava analisando a minha vida de usuário”; “Sim, eu não tinha força para não voltar a usa”; “Na realidade eu sempre ia atrás do tratamento, mas sempre recaía. O psiquiatra me passava um monte de remédio e isso me deixava dependente também”; “Não”.

11. Você teve alguma dificuldade no decorrer no tratamento? Descreva.

- Resposta das participantes femininas:

“Eu tive dificuldades no começo por que era muito preguiçosa então, não fazia as atividades e não ia aos grupos”; “Falar sobre mim, é muito difícil tenho vergonha”; “Distância da família, muitas saudades do meu filho. O tratamento em si não tive grandes dificuldades, talvez um pouco quando eu fui vendo vários aspectos comportamentais da doença, eu vi que precisa de uma mudança profunda. Não foi fácil, não é uma coisa que ocorre da noite pro dia”; “Não, estou internada a 3 dias só”; “Tive a dificuldade com a medicação, no começo fiquei muito acelerada”; “Da primeira vez eu estava mais entrosada, ajuda na cozinha. Agora eu estou chocada, por que eu não vim por conta própria eu vim internada, eu não lembro quando foi que cheguei aqui, só lembro que acordei na quarta antes dos dia das mães”; “Ah, é mais aceitar né que tem que parar, por que eu queria continuar usando”; “Sim, muitas vezes, achava que as drogas era o melhor caminho para mim, eu achava que era uma fracassada e não ia conseguir”; “Entender a minha doença”; “Sempre temos, falta de sono de fome”; “As regras”; “Tive duas recaídas durante o

tratamento, comportamental e da própria substância, com os remédios e me excluía”; “De me abrir, eu não partilhava nos grupos e confiar nos outros”; “Não, a clínica é muito boa, fui muito bem acolhida”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“Não”; “Não tive”; “No grupo não tiver nenhuma dificuldade”; “Não, no meu caso o meu grande medo é a recaída, por que para mim foi muito fácil frente os depoimentos dos outros”; “Não”; “Dificuldade sempre temos. Mas o N.A me ensinou a evitar várias coisas, mas não é fácil.” Quando fiquei 30 dias limpos comecei a ter insônia, aí tive que passar na psiquiatra e pegar um remédio”; “Após a aceitação não tive dificuldades”; “No grupo nenhuma, mas tive uma recaída após a morte dos meus pais”; “Hoje é fácil, mas antes foi muito complicado à vontade era forte”; “No Médico sim, ele alimentou a minha dicção”; “Não a doença é minha”

12. Se você pudesse mudar algo no seu tratamento, o que seria?

- Resposta das participantes femininas:

“Queria estar mais ativa na educação física”; “Que a clínica fosse mista, por que eu converso melhor com homem, a mulher é muito competitiva”; “Nada”; “Queria que tudo fosse rápido”; “No tratamento nada, mas mudaria meu jeito de pensar, eu penso nos outros e em último em mim”; “Agora eu vou ter que obrigatoriamente parar, por que meu fígado está estourando”; “Falta da família, pequenas coisas como escutar música no fone, ir almoçar em um restaurante, ir no cinema, ver pessoas”; “Não mudaria nada”; “Convivência com os familiares”; “Nada”; “Nada”; “Eu complementaria, com mais terapias familiares”; “Mais visitas”; “Não mudaria nada”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“Não mudaria nada”; “Para mim está tudo ótimo”; “Olha em relação ao grupo não mudaria nada, mas em relação as internações mudariam a questão dos remédios, isso foi uma das coisas que me prejudicou muito”; “Nada”; “Não está tudo ótimo”; “Não”; “Eu cortaria a medicação no tempo certo”; “Não”; “Mudaria não, mas acredito que tudo tem que evoluir de alguma forma”; “No grupo nada”; “Pararia de tomar os remédios”; “Não”.

### 13. O que você acha que a sua família pensa de você?

- Resposta das participantes femininas:

“Eles pensam que eu vou voltar com o meu ex-namorado e que vai ser a maior confusão. Eles não acreditam mais em mim”; “Nada de ruim, eles querem que eu melhore”; “Eu acho que eles ainda têm medo de mim. Eles me olham como uma pessoa causadora de problemas, a relação melhorou bastante ao longo do tratamento, mas ainda existe o medo”; “Eu acho que eles pensam que o negócio é muito mais sério do que na realidade é. Isso me entristece muito”; “Eles sabem que eu sou usuária, minha mãe já falou que essa é a última chance, por que agora tenho meu filho”; “Ah é a minha família que estava cuidando de mim né”; “Acho que seriam mais visitas”; “que eu não vou conseguir”; “Que preciso de ajuda”; “Vergonha”; “Quer que eu me recupere”; “Que eu sou uma esperança e uma promessa para eles”; “Eles tinham uma imagem doentia de mim, eles foram facilitadores, quando não tinha dinheiro eles me davam, eles iam empurrando com a barriga, achavam que eu poderia parar quando quisesse”; “Agora estamos tendo uma reaproximação, desde a adolescência eu me afastei”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“Eles pensavam que eu bebia porque queria, mas hoje eles já conseguem acreditar em mim”; “Hoje eles acreditam mais em mim”; “A minha em particular pela ignorância de não ter conhecimento eles pensavam que eram sem-vergonhice, que não tinha força de vontade. Hoje graças ao grupo estou conseguindo explicar para eles que a dependência é uma doença”; “Hoje em dia só recebo sorrisos”; “Que hoje eu sou uma pessoa de confiança”; “Hoje ela pensa totalmente diferente que antes. Antes pensava que eu não tinha mais jeito e não tinha mais solução, que não ia conseguir. Hoje depois do N.A eles entendem mais sobre a dicção e me apoiam mais”; “Hoje eles entendam mais sobre a doença e aceitam mais, antes eles viraram as costas para mim me tratava como um problema”; “Na verdade, a pessoa que eu mais afetei que foi a minha mãe não acreditava em mim, mas hoje ela e minha esposa tem confiança em mim”; “Sinceramente eu não sei, o tratamento é individual, mas eles me apoiam”; “Minha mãe e filhas me veem como uma pessoa com forte de vontade”; “Que eu sou um guerreiro”; “Não tenho família”.

#### 14. O que você acha que a sociedade pensa de você?

- Resposta das participantes femininas:

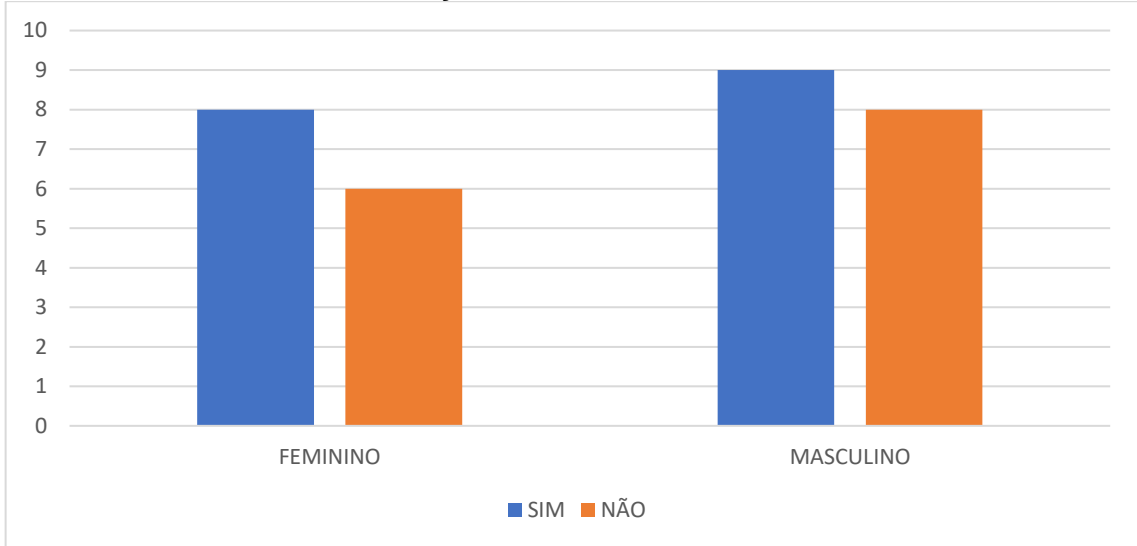
“Eles pensam que eu sou louca”; “A sociedade eu acho que tem um pouco de pré-conceito. Eles pensão que a gente não presta porque usamos drogas”; “Sinceramente, eu não sei dizer”; “Eu fico em casa, não saio na rua. Eu sou bem consciente, faço as minhas obrigações e depois uso. Não tem essa de colocar em risco a vida dos outros”; “A sociedade acha que a gente é uma parte exclusiva”; “Bom, as pessoas nunca falam na nossa frente, sempre por de trás, então não sei”; “Que eu tomei atitudes erradas, que já menti para eles, mas que agora estou em recuperando”; “Que eu também não vou conseguir”; “Que eu só sei usar drogas”; “nada”; “Que eu sou uma Nóia em recuperação”; “Eles recriminam por ser mulher”; “Eu bebia para ser aceita mais na sociedade, mas percebia um certo dia de preconceito como por exemplo você bebe igual homem”; “A sociedade não acredita que posso melhorar, ter uma vida de qualidade”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“A sociedade não busca querer saber o que está acontecendo”; “A maioria não conhece a doença, então eles acham que é uma falta de caráter nossa”; “A sociedade é a primeira a jogar pedra”; “Os mais chegados aceitam os outros ficam nas desconfianças”; “A sociedade ainda me tem como um alcoólatra”; “É muito complicado, ela discrimina muito as pessoas”; “Me tratava como um qualquer”; “A sociedade era preconceituosa. Hoje a sociedade me elogia”; “De mim eu acho que nada”; “A sociedade Hage em conformidade e rotula e joga para canto”; “Acredito que a sociedade está começando a conhecer o problema agora”; “Não devo nada para eles”.

15. Você vê alguma diferença no modo da família em tratar um(a) dependente química feminino e masculino?

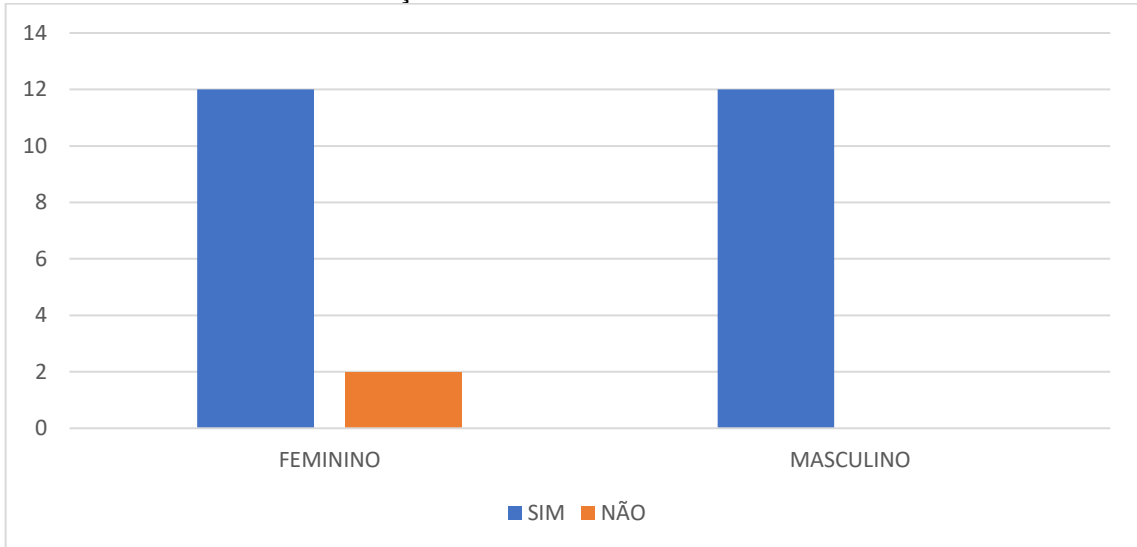
GRÁFICO 11 - DIFERENÇA NO MODO DA FAMÍLIA TRATAR USUÁRIO



FONTE: A autora (2019).

16. Você vê alguma diferença no modo da sociedade em tratar um(a) dependente química feminino e masculino?

GRÁFICO 12 - DIFERENÇA NO MODO DA SOCIEDADE TRATAR O USUÁRIO



FONTE: A autora (2019).

17. Você teve apoio de alguém no início da sua dependência química? De quem foi esse apoio? Descreva.

- Resposta das participantes femininas:

“Eu pedi ajuda da minha irmã e ela falou que ia ser do jeito dela aí ela me interna e me interdita”; “Da minha família, perguntaram se eu queria um tratamento e o que eu precisava para poder parar”; “Não. A família não enxergava que eu era um problema. Quantos meus pais estavam vivos, nunca procuraram tratamento para a dependência, eles diziam que eu tinha depressão e que não era nada demais”; “Minha mãe, me cobrava muito”; “Tive um ex namorado que se tornou minha dicção. Para me ajudar a sair foram os meus amigos do colegial, eles iam em casa e se davam conselhos”; “Não, quem se afastou da minha família foi eu. Meus filhos se sentem abandonados”; “Meus pais, sempre falaram que eu ia conseguir parar. Mas para eles era algo do meu comportamento, algo que eu conseguiria parar a qualquer momento”; “Do meu pai, ele fala que independe das recaídas ele vai continuar me apoiando e não vai deixar eu morrer nas drogas”; “Minha família, eles falavam que eu tinha que parar”; “Não”; “Da minha vó e tia, falando das coisas que eu tinha e o que eu perdi”; “Da minha família, eles me ajudaram a me internar e ficaram perto de mim”; “Minha família, com a internação depois de muita insistência”; “Demoro um pouco, a minha família não estava prepara para aceitar que usava drogas com 11 anos”.

- Resposta dos participantes masculinos.

“Eu não percebi que estava doença, quando cai na realidade já estava derrotado”; “Demorei anos para perceber que estava doente, mas minha família sempre esteve do meu lado dando apoio, dizendo que iria me curar”; “Não, a dependência é uma doença que envolve a gente aos poucos”; “Para continuar, tive o apoio dos amigos que bebiam juntos”; “Não tive”; “Tive, da minha mãe e dos companheiros de N.A. Através dos depoimentos do grupo e palavras de apoio da minha mãe”; “Tive dos meus pais, eles me acompanharam nas reuniões”; “Não tive”; “Não, eu estava sozinho no momento que decidi parar”; “Não”; “Tive da minha mulher, ela dizia que eu ia parar de usar drogas”; “Eu era afim de um cara, e comecei a frequentar o N.A por causa dele, hoje continuo aqui e não vejo mais ele”.



18. Você tem apoio de alguém durante seu tratamento? De quem é esse apoio? Descreva.

- Resposta das participantes femininas:

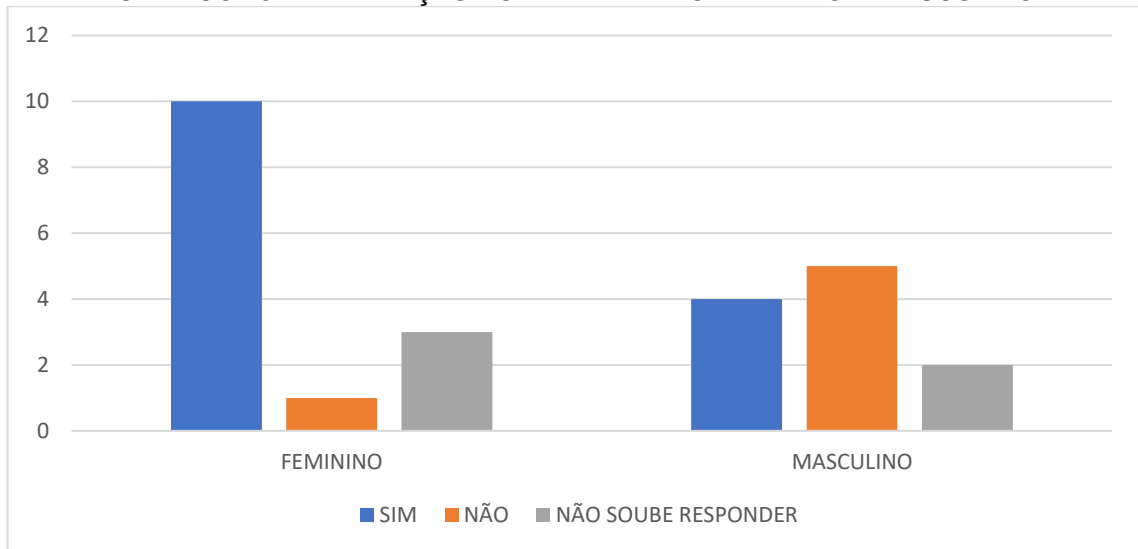
“Tive apoio do grupo, uma fortalece a outra, falando pra participar das atividades”; “Da minha família também e foi a mesma coisa”; “Total da minha família. Eles voltaram a se aproximar de mim, eu tinha perdido completamente o contato com os meus irmãos, voltou a ter confiança, companheirismo coisas que não tinham mais”; “Não, eu queria vim no outro mês, e eles me internaram involuntariamente”; “Sempre tive apoio, da minha família, sempre tiveram no meu lado”; “Tive de todos os filhos, foi em dinheiro, visitas”; “Da equipe, os grupos, os atendimentos psicológicos, as meninas me dão muito apoio”; “Do meu pai também, ele quer me ver recuperada”; “Da minha família também, veem sempre que podem”; “Dos meus filhos, estando presentes comigo”; “Delas e da minha mãe, não desistindo de mim”; “Foi também a família, fui bem assistida por eles”; “Família também, começaram a frequentar grupos e procuraram a saber mais sobre a família e sobre a minha vida”; “Sim, do meu pai quando ele estava vivo. Ele sempre me visitava e perguntava como eu estava ou o que eu precisava. Agora tenho a minha mãe e meu marido”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“Do grupo, dando palavras de apoio”; “Continuei tendo o apoio da minha família, me acompanhamento aos grupos e falando que iria conseguir e dos depoimentos dos nossos colegas”; “Amigos do grupo. O depoimento de cada um dá força para continuar a ficar limpo”; “De todos, da família e funcionários. Eles me deram apoio psicológico”; “Sempre estive sozinho”; “Companheiros do grupo, através das histórias deles, isso me dá força para ficar limpo”; “Da minha família e da minha esposa, ela sempre vem comigo e apoio da minha família falando que eu vou conseguir, e do grupo também”; “Da minha família. Eles acreditaram em mim”; “Da minha família, eles me apoiaram falando que eu iria conseguir parar”; “Apoio familiar, financeiro e emocional”; “Família, dando apoio também”; “Não só eu”.

19. Você acredita que existe alguma diferença no tratamento do sexo feminino para o masculino?

GRÁFICO 13 - DIFERENÇAS NO TRATAMENTO FEMININO E MASCULINO



FONTE: A autora (2019).

20. Depois que você começou a usar tal substância, você percebeu alguma mudança em relação ao tratamento da sua família e/ou sociedade em relação a você? Descreva como foi essa mudança.

- Resposta das participantes femininas:

“A minha família me trata como incompetente. A sociedade me rejeita”; “Um pouco de pré-conceito ainda”; “Minha família demorou muito para ver o problema, existiu uma negação muito grande. No começo foi difícil existiu muito o pré-conceito”; “Não, eu não tive muito contato com a sociedade. A família, eles invadem a minha privacidade”; “Minha mãe ficou muito preocupada. A sociedade ficou com medo de roubar”; “Minha família sempre foi contra, sempre quis me tirar das bebidas queria que eu parasse”; “As brigas aumentaram, meus amigos não adictos se afastaram”; “Eu fui tratada mais como escoria”; “Desconfiança e se afastaram de mim”; “A família fica mais preocupada”; “A minha família ficou triste, ficavam triste quando me viam. A sociedade ela me aceitou mais, consegui mais amigos. Todos meus amigos usavam”; “Eles me tratavam como um doente”; “Depois que perdi o controle tinha o pré-conceito, se distanciaram e pediam para não beber quando saia”; “Não, como disse a minha família é peculiar todos usavam drogas”.

- Resposta dos participantes masculinos:

“Eu percebido que quando eu era totalmente dependente, todos os problemas que tinha na família eram voltados para mim. Eu era muito julgado”; “Percebi que eles me achavam uma encheção de saco, uma pessoa que só trazia problemas”; “Acredito que haja uma discriminação, me viram como ovelha negra”; “O álcool é uma droga aceita socialmente, é uma droga licita. Então, não vi muita mudança”; “Até então, foi tranquilo. Depois que perdi o controle todos perderam a confiança em mim”; “Sim, a forma das pessoas olharem para gente”; “Sim, tinha muita desconfiança, todas as portas da minha casa ficavam fechadas, escondiam dinheiro de mim e coisas de valores”; “No estágio em que eu cheguei não fui violento, então não mudou não”; “Ficaram preocupados, mas eles não sabem como realmente tratar e cuidar da gente e isso prejudica mais”; “Sim, quando eu estava na dependência eu não tinha controle eles que mandavam em mim”; “Percebi, eles se preocupavam mais”; “Igual”.

21. Como você acha que a Psicologia possa te ajudar na luta contra a dependência?

- Resposta das participantes femininas:

“Preencher o vazio”; “Me ajudar a entender o porquê eu sou dependente, o que me levou a isso”; “Me conhecer em primeiro lugar”; “Como reforço mesmo psicológico”; “Trazendo mais sabedoria sobre as drogas”; “Conversando”; “Com atendimentos clínicos nos ouvindo”; “Me ouvindo e me mostrando caminhos que possa ter uma qualidade de vida melhor. Me ensinando a me perdoar”; “Oferecendo as melhores formas de tratamento”; “Eu faço muito terapia e isso me ajuda”; “Ajudar a enxergar outro caminho”; “Escutar sem o pré-conceito”; “É o principal, sem a base psicológica não tem como se curar”; “Ela sempre me ajudou. A linha psicanalítica me atrapalhou por que fazia eu racionalizar o passado, o que fazia eu voltar a usar, diferente da comportamental, que faz eu mudar o padrão do meu pensamento e sentimentos.”

- Resposta dos participantes masculinos:

“Fazer mais tratamentos sem o uso de remédios, tratamento mais naturais”; “Levar mais informações para as pessoas”; “A meu ver, ela pode instruir a levar o paciente a ter essa consciência da doença”; “Ajudar as pessoas a se acharem, olhar mais para si mesmo”; “Ser mais acessível para a sociedade”; “Eles só vão começar a pode ajudar quando realmente entenderem o que é a dicção”; “Se inteirando mais em outros tratamentos que estão funcionando, como por exemplo o N.A., aqui a doença sai pela boca, igual na clínica”; “Como é uma doença que não tem cura, a psicologia pode encaminhar a um tratamento e ensinar a conviver com isso”; “Dando orientações, a psicologia tem técnicas para ajudar”; “Ela é fundamental, me ajuda a me conhecer e me ensina como interagir com as minhas emoções e a forma como vejo o mundo e os outros”; “Me conhecer, a ser um ser humano melhor e ser mais acessível, particular é muito caro e no convenio a consulta é pouco tempo”; “A psicologia precisa saber o que é uma dicção”.

22. Você quer falar mais alguma coisa sobre seu tratamento, sua família ou sobre a sociedade?

- Resposta dada pelas participantes femininas:

“Não”; “Não”; “Não”; “Gostaria de falar que todos foram bem acolhedores comigo”; “Sobre a embriaguez patológica que tive. Minha mãe verdadeira colocava álcool na minha mamadeira. Quando eu cresci, bebia 1 latinha e já estava bêbada, acho que isso me ajudou ficar mais dependente”; “Não”; “Não”; “Não”; “Não”; “Eu não usava muito, só de final de semana parecia uma andarilha pedindo drogas para os homens”; “ família precisa ser cuidada igual o dependente, pois ela fica doente junto”; “Senti muito pré-conceito, muitos comentários, se eu bebesse vodka já falavam”; “A evolução é individual”.

- Resposta dada pelos participantes masculinos:

“Nós merecemos ser felizes como todos os outros, batalhamos todos os dias”; “As pessoas massacram muito os dependentes”; “Todos deveriam procurar mais informações sobre a dependência para de julgar. Podemos fazer 10 coisas certas, mas se erramos 1 as 10 certas ninguém lembra mais”; “Não”; “Não”; “Não”; “Que temos que ser forte nos nossos objetivos”; “Que a

dependência é uma luta constante”; “Que nossa luta para ficar limpo são todos os dias e só depende da gente”; “Que existem mais pesquisas para a dependência, pois assim as pessoas iram conhecer mais a doença”; “Acredito que a mulher sofre mais que o homem por conta dos hormônios e por isso tem que ser tratada com muito mais carinho”; “No grupo percebi que todos eram iguais e não era só eu que usava droga”.

23. Gostaria de acrescentar à sua fala algo que deixou de mencionar na entrevista e que considere muito relevante para você como mulher ou homem.

- Resposta dada pelas participantes femininas:

“Não”; “Não”; “Não”; “Queria entender o por que não podemos ter essa opção? Por que não posso escolher tomar minhas 4 doses de gin se eu não faço mal a ninguém”; “Não”; “Minha família eu estou esperando eles virem para saber quanto tempo tenho que ficar aqui”; “Que depois que eu parei estou me sentindo bem melhor”; “Não”; “Não”; “Não”; “Estou gostando muito do meu tratamento”; “é importante realizar o tratamento com eficácia para melhor a vida”; “Eu sou muito grata por estar aqui e por sobreviver a tudo”; “Sobre a sociedade, muitas vezes criar coisas que não estão acontecendo, tem uma crença, colocamos coisas na nossa cabeça que achamos que os outros vão ou estão julgando, mas isso na verdade não está acontecendo, isso acaba nos afundando. Enquanto ficarmos levando para o externo e não saber sobre nossos pensamentos e nossos sentimentos vamos ter recaídas”.

- Resposta dada pelos participantes masculinos:

“Queria que as pessoas parecem de tocar na tecla do passado e ficar julgando a gente por coisas que não fazemos mais”; “A sociedade em si tem que entender a doença para não julgar tanto o dependente”; “A dependência deveria ser uma coisa mais divulgada”; “Não”; “Todos deveriam estudar mais sobre a doença”; “Que eu estou muito feliz por fazer parte do grupo”; “Que o tratamento só depende do nosso esforço e que o tratamento se faz todos os dias”; “Aumentar os tratamentos com propósitos femininos”; “A sociedade precisa conhecer mais sobre a doença para não ter mais o preconceito”; “Acho que o mundo avanço em diversos lugares, mas na dependência feminino é uma coisa muito rala, não se tem muita coisa e por conta disso a mulher acaba

se escondendo”; “Não”; “A sociedade acha que a mulher que usa droga é prostituta”.

### 3.3 Discussão

Durante a execução da pesquisa, constatou-se a diferença das idades do sexo feminino para o masculino, no qual a comparação demonstrou que há dependentes químicas femininas mais novas do que os masculinos, além de demonstrar um período curto do uso por parte sexo feminino. Tal fato se dá devido a doença avançar mais rápido do uso casual para o uso costumeiro nas mulheres (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Esse avanço para Diehl (2019), é devido aos fatores biológicos, pois as mulheres apresentam um volume corporal de água menor do que as dos homens, levando a ter concentrações de álcool maiores, visto que a substância fica menos diluída e mais concentrada. Além de ter uma menor quantidade de enzima álcool desidrogenase no estômago, sendo responsável pelo “metabolismo do álcool e, em menor quantidade, faz com que as mulheres metabolizam a substância mais lentamente” (p. 347).

Percebeu-se o número elevado de dependentes químicos masculinos casados juntamente com o número de filhos denotando uma visão maior de família para o sexo masculino, quando comparado com dependentes químicas femininas. Esse fato segundo Zanelatto & Laranjeira (2018), se dá através da perda de papéis e representações que a mulher sofre, quando dependente química, pois enfrentam diversas barreiras e empecilhos. Entre as barreiras, podem ser citadas o elevado estigma social, pois o uso de substância ainda é visto como incompatível com o papel de dona de casa, o medo de perder a custódia dos filhos e a impossibilidade de afastar-se da família para dedicar-se ao tratamento. Essas barreiras fazem também com que as mulheres dependentes procurem menos os tratamentos (DIEHL, 2019).

Referindo-se ao tipo de dependência, constatou-se que as mulheres se tornaram mais dependentes das substâncias psicoativas ilícitas do que os homens. Entre essas substâncias a mais citada foi a maconha, já nos homens a mais citada foi o álcool (substância lícita), porém todos os entrevistados tiveram contato com o álcool, sendo ela de uso principal ou não. Conforme Zanelatto & Laranjeira (2018), o uso de drogas lícitas como a bebida alcoólica normalmente antecipa o uso de outras

substâncias, normalmente sendo a maconha a droga mais escolhida na segunda fase de experimentação. O álcool pode ser considerado como “porta de entrada” para outras drogas por ser uma substância lícita e de fácil acesso (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Em relação ao tratamento, observou-se que o sexo feminino obteve mais dificuldades e mais tentativas de tratamento, comparado ao sexo masculino. Essa dificuldade pode ser diminuída através do acolhimento advindo de uma boa relação terapêutica, pois esta interfere diretamente na adesão, nos resultados e no término do tratamento (DIEHL, 2019).

Para isso, Portela *et al* (2008), aponta que no início da terapia o terapeuta tem a missão de comunicar-se com o paciente através da empatia, acolhimento, compreensão e reconhecimento deste, corroborando seus esforços e focando-se no impacto emocional na vida do paciente. Essa atitude empática auxilia a criar um vínculo de confiança e emocional que irá ajudar a estabelecer uma base para a exploração da queixa à medida que a terapia flui.

Ainda sobre a aliança terapêutica, Wright; Basco & Thase (2008), apontam que os terapeutas cognitivos comportamentais buscam proporcionar um ambiente de empatia, afeto e autenticidade, além do empirismo colaborativo, que consiste em promover uma mudança cognitiva e comportamental do paciente. Portanto, cabe ao terapeuta envolver o paciente no processo terapêutico, o qual exigirá uma responsabilidade por parte de ambos, para definir as queixas e encontrar soluções.

Verificou-se que o sexo feminino encontrou mais dificuldades ao longo e, principalmente, ao iniciar o tratamento quando comparado com o sexo masculino. Estas dificuldades estão relacionadas com questões familiares, como por exemplo a falta dos filhos ou o distanciamento dos familiares e interações involuntárias, demonstrando então pouca motivação por parte delas. Nessa situação a entrevista Motivacional é de extrema valia, essa técnica objetiva recordar a motivação, buscando promover mudanças através dos interesses do paciente (DIEHL, 2019).

A EM se dá através de perguntas abertas, informações sobre a doença/tratamento e acolhimento, busca promover no paciente comportamentos de mudanças e tomada de decisões (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018). A entrevista motivacional pode ser usada não apenas no pré-tratamento, mas também ao longo do mesmo, pois a desmotivação e a resistência podem se tornar presentes a qualquer momento. Sua utilização se dá através de reflexões (responder todas as dúvidas do

paciente), reforços positivos (elogios e apoios) e perguntas abertas por parte do terapeuta. Além do mais ele deve adotar comportamentos de empatia, aceitação e compaixão perante o paciente (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Diehl (2019) relata que é importante trabalhar com a entrevista motivacional no tratamento de dependentes químicos, pois as mudanças que ocorrem são complexas e seus princípios podem ocasionar alívio ao sofrimento do paciente e, entender todo esse processo é de extrema importância para alcançar uma mudança comportamental e adesão ao tratamento.

Sobre a diferença no tratamento do sexo masculino e feminino, as mulheres acreditam que existe essa diferença mais do que os homens. Entre essas diferenças podem ser citadas como principais as questões biológicas e psicológicas, tornando o processo de tratamento mais trabalhoso, pois as mulheres apresentam necessidades que precisam ser reconhecidas e consideradas no tratamento (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Notou-se que o número de mulheres que tentaram outros tratamentos e tiveram recaídas, foi maior do que o masculino. Apesar da maioria das entrevistadas terem concluído seus tratamentos e/ou internações, obtiveram recaídas posteriormente, seja por não terem levado a sério o tratamento ou por encontrarem pessoas que às levaram novamente para o uso.

A intervenção "*Women's Recovery Group*" (grupo de recuperação para mulheres) é bastante indicada para essa situação. Esse tratamento é feito em 12 sessões, no qual os temas são relacionados com base nas diferenças do uso de substância do sexo feminino e masculino, incluindo os efeitos da substância na saúde, recuperação, relacionamentos, habilidades sociais, sentimentos de vergonha e culpa. Todos esses temas devem ser relevantes para o gênero feminino, e podem ser trabalhados de forma flexível, desde que dure 12 sessões (MCHUGH & GREENFIELD, 2010).

O grupo de recuperação para mulheres enfatiza a união das participantes com o objetivo de tratamento e abstinência. O objetivo central das 12 sessões é a prevenção de recaída e as intervenções são pautadas em manuais para a prevenções de recaídas (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Diehl (2019), enfatiza que em dependentes químicos existe um grande índice de recaída, principalmente nos primeiros 90 dias de abstinência, portanto, a técnica de



prevenção de recaída deve ser adotada por todos os que foram diagnosticados com a doença.

Ainda segundo o mesmo autor, no âmbito clínico, o objetivo dessa técnica deve incluir:

- Manter a mudança de comportamentos (para os que já estão abstinentes), bem como facilitar o processo para que aqueles que desejam interromper o uso
- Permitir ao paciente que se torne o agente da própria mudança
- Aumentar a flexibilidade cognitiva em relação às crenças para o uso de substâncias, de modo que as expectativas de resultados sejam o mais realista possível
- Capacitar o indivíduo a resolver seus próprios problemas relativos ao consumo de substâncias, prevenindo e lidando com os possíveis lapsos
- Permitir o reconhecimento de suas fragilidades, desenvolvendo formas de identificar comportamentos de autovigilância para evitar recaídas
- Desenvolver estratégias de enfrentamento, tanto para cognitivas quanto para comportamentais
- Identificar quais as características que precisam ser alteradas no que diz respeito ao estilo de vida, para que sejam coerentes com o estilo de vida sóbrio, ou onde o uso da substância tenha perdido sua relevância (p. 265).

Esses objetivos devem ser incluídos nas sessões que foram descritas no capítulo 2. Além do mais, no início do tratamento, as sessões com o foco em prevenção de recaídas na cognitivo comportamental devem vir com sessões temáticas.

Identificou-se que um número maior de mulheres, comparado com os homens, relatou sobre a dificuldade em se assumir dependente química, por pensar que poderia parar sozinha e que não estava doente. Diante disso, percebe-se a importância de realizar uma intervenção que aponta transmitir ao paciente conhecimentos sobre seu diagnóstico e sobre processo terapêutico, visando transmitir informações acerca da doença do paciente.

Identificou-se que ambos os sexos posteriormente ao uso das substâncias sofrem com a mudança da família em relação a eles. Porém, observou-se que em relação a sociedade o sexo feminino é tratado com mais diferença do que o masculino, podendo ser observado no gráfico 12. Tal mudança pode ser associada a falta de informações que ambos têm sobre as doenças.

A partir disso, uma das técnicas mais utilizadas pela terapia cognitivo comportamental e que se enquadra nessas características é a psicoeducação (FARINA, 2013). Essa técnica é caracterizada por informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico, a etiologia, o funcionamento, e o tratamento mais indicado, além

de esclarecer informações consideradas insuficientes e distorcidas. O terapeuta oferece breves explicações acompanhadas de perguntas que envolvam o paciente no processo de aprendizagem, podendo utilizar também revistas, indicar livros, sites, entre outros (WRIGHT, BASCO & THASE, 2008).

Farina (2013), relata que o objetivo dessa intervenção é instrumentalizar o paciente, familiares e quem se fizer necessário, com conhecimentos que os ajudaram a reduzir o risco de recaídas, além de aumentar a motivação para a mudança, estimular a participação ativa no processo terapêutico e na recuperação.

Em relação à família, principalmente, no sexo feminino porque houve um apoio deles no em todo o processo de tratamento, apresentaram mais crenças disfuncionais sobre a dependência em relação à família do sexo masculino. Tal observação se deu pelos relatos das mulheres, demonstrando que as famílias têm vergonha, medo e não acreditam na recuperação delas, diferentemente da família do sexo masculino, as quais demonstraram que apesar das dificuldades, atualmente acreditam neles. Em relação a essa dificuldade, a técnica da terapia comportamental para casais (BTC) pode ser utilizada.

Essa técnica vê a dependência de substâncias psicoativas como uma doença que afeta tanto o usuário quanto a família. O'farrell & Stewart (2010), relatam que os familiares dos usuários tendem a apresentar comportamentos como facilitação ao uso e/ou protegê-los das consequências advindas do uso.

A BTC, utiliza-se de programas de recuperação, aconselhamentos e orientações tanto para os usuários quanto para os familiares em paralelos e separados. Para os familiares é importante que esses programas incluam informações sobre a doença de adicção e codependência e terapias com foco em questões psicológicas (O'FARRELL & STEWART, 2010).

Observou-se também que a mulheres apresentaram uma quantidade consideravelmente mais alta de internações do que os homens. É importante ressaltar que a pesquisa de campo com o sexo feminino foi realizada em uma clínica de dependentes químicos feminina e com o sexo masculino em um grupo de autoajuda (N.A e A.A).

Em relação a isso, a terapia comportamental dialética (DBT) auxilia as mulheres na construção de uma vida mais digna, além de torna-las capazes de lidarem com problemas do dia-a-dia, entre eles, a facilidade de encontrar substâncias psicoativas (DIMEFF & LINHAN, 2008).

Para isso, a DBT deve incluir a melhoria na motivação do paciente para a mudança, aumentar a capacidade do paciente, generalizar novos comportamentos e estruturar o ambiente em que o usuário vive (LINEHAN *et al*, 1999, apud OPPERMAN, LEWGOY & ARAUJO, 2015). Essa técnica alia, portanto, a insistência na abstinência total, respostas de não julgamentos e resoluções de problemas à recaída.

Para isso, o paciente durante as sessões aprende a habilidade comportamental de antecipar possíveis pistas nos próximos momentos, horas e dias, e então preparar proativamente respostas para situações de alto risco que de outra forma poderiam pôr em risco a abstinência (Dimeff & Linehan, 2008).

Diante dos resultados apresentados, identificou-se que as principais estratégias e técnicas utilizadas nesse contexto da dependência química refere-se a psicoeducação para compreensão da paciente sobre a dinâmica do problema vivenciado e técnicas que visam o alcance e a manutenção da abstinência, como por exemplo as prevenções de recaídas.

Ressalta-se a contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental em dependentes químicos femininos, visto que a abordagem tem uma visão biopsicossocial, ou seja, ela irá trabalhar todos os contextos em que a mulher está inserida, fortalecendo assim sua autoestima e favorecendo o desenvolvimento de crenças mais adaptativas que possibilitem o rompimento de comportamentos desadaptativos e melhorando sua qualidade vida (ZANELATTO & LARANJEIRA, 2018).

Constatou-se também, que o que limita o avanço nas intervenções com mulheres dependes é a falta de investimentos em políticas públicas quanto a criação de mais instituições para mulheres. Muitas acabam deixando o tratamento de lado, pois acabam enfrentando muitos empecilhos e barreiras, como por exemplo, falta de recursos sociais e financeiros, medo de perder a custódia dos filhos e a impossibilidade de afastar-se da família.

Por fim, destacou-se a importância de promover a divulgação de informações sobre o tema por meio de rodas de conversas e palestras nos diferentes espaços públicos, para que se altere o modo como a sociedade perceba a relação desigual entre homem e mulher.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das substâncias psicoativas é tão antigo quanto a própria história da humanidade. O modo como os humanos se relacionavam e viam as substâncias foi se modificando atrás dos tempos e cada época apresentou uma maneira particular de lidar com essas substâncias. A dependência química, constitui-se desde o ano de 1976 como uma doença crônica sem cura, mas existem formas de controle sobre ela.

Atualmente o modelo mais aceito da doença é o biopsicossocial, ou seja, há um componente biológico, fatores psicológicos, sociológicos e fatores culturais que desempenham uma grande importância na causa, evolução e no resultado do tratamento propriamente dito.

A dependência química está afetando todas as classes sociais, faixas etárias e culturas. Por mais que estudos indiquem um forte envolvimento do sexo masculino no uso dessas substâncias a mulher como um sujeito ativo na sociedade será afetada também. Sendo assim, o presente trabalho atentou estudar os fenômenos relacionados à dependência química nas mulheres, principalmente sobre as diferenças em relação a dependência química masculina.

Com o estudo sobre o tema possibilitou-se perceber o quanto a dependência química feminina tem como pano de fundo a relação de desigualdade de gênero que advém de tempos distantes até os dias atuais, pois são reforçados e legitimados por discursos sociais presentes em nossa cultura que mantêm comportamentos que colocam a mulher num papel de coadjuvantes no que diz respeito ao envolvimento com drogas, principalmente ilícitas, em uma perda de papel social, ocasionando dificuldade em procurar tratamentos.

Dada a complexidade do tema e o significativo prejuízo psíquico, biológico e social ocasionado nas mulheres que vivenciam ou vivenciaram a situação de dependência, buscou-se identificar as intervenções possíveis e que demonstram bons resultados no tratamento dessa problemática, principalmente na abordagem da terapia cognitivo comportamental (TCC).

Constatou-se que existem poucos trabalhos científicos que abordam especificamente o tema da dependência química feminina, o que encontrou-se no decorrer deste trabalho foram pequenos trechos ou capítulos em outras pesquisas. É necessário apontar, também, a dificuldade de encontrar materiais e estudos científicos

com estratégias e técnicas direcionadas especificamente para o público feminino principalmente na abordagem da TCC.

A partir dos resultados da pesquisa percebeu-se que as intervenções desenvolvidas pela abordagem cognitivo comportamental podem ser aplicadas para ambos os sexos. No entanto, faz-se necessários que essas técnicas quando aplicadas em mulheres, sejam utilizadas em terapias individuais ou em grupos especificamente femininos e não em grupos mistos, pois as mulheres sofrem mais discriminações sociais, enfrentam muitos empecilhos e barreiras, fazendo com que procurem menos os centros de reabilitações.

Para isso é interessante além de focar em técnicas para a promoção e manutenção de abstinências, que sejam feitas prevenções de recaídas e outras intervenções já citadas no capítulo 2, além de inclusão de programas relacionados a autoestima.

Constatou-se também, que há diferenças, significativas, na dependência química feminina quanto comparado a dependentes do sexo masculino. Dentre essas diferenças, podem ser citadas questões biológicas, preconceitos, relacionamentos familiares, amorosos e, perda de papéis sociais, os quais, interferem significativamente tanto na adesão quanto ao longo do tratamento.

Em suma, verificou-se que, apesar de existirem mecanismos públicos para enfrentamento da dependência química, ainda há muito que se avançar para a superação dessa realidade que afeta a vida de muitas mulheres. Desta forma, a psicologia, como uma ciência que compreende o sujeito como um ser biopsicossocial deve atuar para além da clínica tradicional e considerar todo o contexto comunitário, cultural e social que permeia a mulher que adquiri a doença, para, com o auxílio de estratégias e técnicas adequadas, potencializar os recursos pessoais e psicológicos visando a superação da situação da dependência das mulheres.

Apesar dos objetivos do trabalho em promover reflexões sobre a violência doméstica e sobre as contribuições da TCC a essa temática e identificar as principais estratégias e técnicas utilizadas que contribuem nessa problemática terem sido alcançadas, ressalta-se o número escasso de estudo sobre o tema na referida abordagem, indicando a importância de desenvolver pesquisas mais aprofundadas sobre a dependência química feminina, principalmente na abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental.

Por fim, o objeto da presente pesquisa não se esgota aqui, devido ao seu tempo limitado. Espera-se que este trabalho possa demonstrar a importância da necessidade de atenção às mulheres dependes químicas e quais medidas podem ser tomadas para que possam exercer seu papel social e terem uma vida digna.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiano Nabuco de e GUILHARDI, Hélio José. **Terapia Comportamental e Cognitivo- Comportamental: Práticas Clínicas**. São Paulo: Rocca, 2004.

ARAÚJO, Renato, Brasil. **Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento**. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), 2008.

BECK, Judith. *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BORDINI, Selma., **Terapia Cognitiva** IN: FIGLE, Neliana. B.: BORDINI, Selma.

CAMINHA, Renato.; WAINER, Ricardo. & OLIVEIRA, Margareth. **Psicoterapias cognitivo comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

CAMPOS, Luiz Fernando de Lara; BAPTISTA, Maklin Nunes. **Terapia Cognitiva: Aspectos Históricos, teóricos e terapêuticos**. *Infanto* (São Paulo), São Paulo, v. 6, n.2, p. 69-76, 1998.

CARRARA, Renata Aguiar; TEIXEIRA, Fernando. Clínica das toxicomanias: da entrada ao fim do tratamento. **Associação Psicanalítica de Curitiba**, em revista, nº18, p.59-66, 2009.

CORDEIRO, Daniel Cruz; FIGLIE, Neliana Buzi e LARANJEIRA, Ronaldo. **Boas Práticas no tratamento do uso e Dependência de Substâncias**. São Paulo: Rocca, 2008.

COTTRAUX, Jean. e MATOS, Margarida. Gaspar. **Modelo europeu de formação e supervisão em terapias cognitivo comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2007, pp. 49-61.

DAMAZO, Regina de Fátima (orient.). **Dependência química: como o preconceito atrapalha na recuperação e reabilitação**. Atibaia: UNIFAAT, 2011. 51 p., il

DIEHL, Alessandra, CORDEIRO, Daniel Cruz, LARANJEIRA, Ronaldo & Cols. **Dependência Química** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed. 2011. 528p.

DIEHL, Alessandra, CORDEIRO, Daniel Cruz, LARANJEIRA, Ronaldo & Cols. **Dependência Química** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: 2º ed. Artmed. 2019. 546p.

DIMEFF, Linda A.; LINEHAN, Marsha M. Dialectical behavior therapy for substance abusers. **Addiction science & clinical practice**, v. 4, n. 2, p. 39, 2008.

DOBSON, Keith.S e SCHERRER, Martin. C. **História e Futuro das terapias cognitivos comportamentais**. IN: KNAPP, PAULO (Org). **Terapia Cognitivo Comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. pp. 42- 56.

DOLTO, Françoise. **Psicanálise e Pediatria**. Rio de Janeiro: 2º ed. Guanabara S.A. 1971.

ELBREDR, Marcia. F.; LARANJEIRA, Ronaldo.; SIQUEIRA, Marluce. M.; BARBOSA, Dulce. A. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Unidade de Pesq. Em Álcool e Drogas da Universidade de São Paulo**, SP, 2008.

ESPER, Larissa. H.; CORRADI-WRBSTER, Clarissa. M.; CARVALHO, Ana Maria. P.; FURTADO, Erikson. F. Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemograficas e clínicas. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, 34(2), 93-901, 2013.

FALCONE, Eliane M. O. OLIVEIRA, Margareth S (Org). **Terapia Cognitivo Comportamental**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2012.

FARINA, Marianne *et al.* Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. **Aletheia**, n. 42, p. 175-185, 2013.

JUNGERMAN, Flávia. S; ZANELATTO, Neide. A. **Tratamento Psicológico do Usuário de Maconha e seu Familiares: um Manual para Terapeutas**. São Paulo: Roca, 2007.

KALINA, Eduardo; KOVADLOFF, Santiago; ROIG, Pablo Miguel; SERRAN, João Carlos; CESARMAN, Fernando. **Drogadição hoje: individuo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KNAPP, Paulo.; BECK, Aaron Temkin. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, Out., 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462008000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26Maio. 2019.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2010.

MILLER, Willian. R e ROLLICK, Stephen. **Entrevista Motivacional: Preparando as Pessoas Para a Mudança de Comportamentos Adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MCHUGH, R. Kathryn; GREENFIELD, Shelly F. Psychiatric symptom improvement in women following group substance abuse treatment: results from the women's recovery group study. **Journal of cognitive psychotherapy**, v. 24, n. 1, p. 26, 2010.



NUNES, Laura M.; JÓLLUSKIN, Gloria. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, v. 4, p. 230-237, 2007.

O'FARREL, Timothy J.; STEWART, William Fals. **Terapia Comportamental de Casais para Dependentes de Álcool e Abuso de Drogas**. São Paulo: Rocca, 2010.

OPPERMANN, Clarice Mottola de Oliveira; LEWGOY, Laura Baptista; ARAUJO, Renata Brasil. Terapia comportamental dialética para dependentes químicos. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 113-118, dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18086872015000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18086872015000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150016>.

PERES, Alexandre José de Souza. **Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da personalidade**: elaboração de um instrumento de avaliação. 2008.

PERRENOUD, Luciane Ogata e RIBEIRO, Marcelo. **Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas**. Porto Alegre, 2011.

PILLON, Sandra Cristina *et al.* **Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem**. 2004.

PORTELA, Catarina *et al.* Relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais. **Licenciadas em Ciências Psicológicas pela Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra**. Portugal, 2008.

PRATTA, Elisângela Maria Machado *et al.* O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS Ernani César. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RANGÉ, Bernard.; & Cols. Psicoterapias cognitivo-comportamentais. In: OLIVEIRA, M, S., FREIRE, S., D. & LARANJEIRAS, R. **Abordagem cognitivo-comportamental no tratamento da dependência**. Artmed, p.409-423, 2011.

RANGÉ, Bernard & Cols. **Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

RIBEIRO, Marcelo.; LARANJEIRA, Ronaldo. Evolução do conceito de dependência [atualizada, com comentários sobre o DSM-5]. **Dependência, compulsão e impulsividade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo, 2010.

RODRIGUES, Raquel. **Compreendendo a Dependência Química no Sexo Feminino: Mulheres Dependentes de Substâncias Psicoativas e as Consequências Somadas ao Fato de Serem do Sexo Feminino.** Monográfica (Graduação em Psicologia) - Faat Faculdades, Atibaia, São Paulo, 2017.

SILVA, Cláudio Jerônimo da; SERRA, Ana Maria. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 33-39, May 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500009&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500009>.

SOUZA, Márcia. R. R. OLIVEIRA, Jeane. F. & NASCIMENTO, Enilda. R. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 92-100.

TARGINO, Janine. **Interfaces entre gênero e dependência química: trajetórias femininas.** *Idéias*, v. 8, n. 2, p. 177-196, 2017.

TEIXEIRA, Daniel Viana. Desigualdade de gênero: sobre garantias e responsabilidades sociais de homens e mulheres. **Revista Direito GV**, v. 6, n. 1, p. 253-274, 2010.

WRIGHT, Jesse., H., BASCO, Monica., R., & THASE, Michael., E. **Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: um guia ilustrativo.** Artmed, 2008.

ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo. **O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo- Comportamentais: Um guia para terapeutas.** Porto Alegre: Artmed. 2018. 682p.

## ANEXO I

Questionário da pesquisa:  
 Dependência Química no sexo feminino: como as intervenções da terapia cognitivo  
 comportamental podem auxiliar no tratamento.

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Filhos:

1. Qual tipo de dependência você tem hoje?
2. Já teve outras dependências? Quais?
3. O que você entende por dependência química?
4. Há quanto tempo você está utilizando tal substância?
5. Você encontrou dificuldades em se assumir como usuária (o) de substância química? Quais?
6. Quantas internações você já teve?
7. Quantos tratamentos você já teve? Que tipos?
8. Descreve o tipo de tratamento que já fez.
9. Se foi mais de um, por que houve a desistência?
10. Que dificuldades você encontrou para iniciar o tratamento?
11. Você teve alguma dificuldade no decorrer no tratamento?  
 Descreva.
12. Se você pudesse mudar algo no seu tratamento, o que seria?
13. O que você acha que a sua família pensa de você?
14. O que você acha que a sociedade pensa de você?
15. Você vê alguma diferença no modo da família em tratar um (a) dependente química feminino e masculino?
16. Você vê alguma diferença no modo da sociedade em tratar um (a) dependente química feminino e masculino?
17. Você teve apoio de alguém no início da sua dependência química?  
 De quem foi esse apoio? Descreve.
18. Você tem apoio de alguém durante seu tratamento? De quem é esse apoio? Descreve.
19. Você acredita que existe alguma diferença no tratamento do sexo feminino para o masculino?
20. Depois que você começou a usar tal substância, você percebeu alguma mudança em relação ao tratamento da sua família e/ou sociedade em relação a você? Descreva como foi essa mudança.
21. Como você acha que a Psicologia possa te ajudar na luta contra a dependência?

**Questionário da pesquisa:**  
**Dependência Química no sexo feminino: como as intervenções da terapia cognitivo  
 comportamental podem auxiliar no tratamento.**

22. Você quer falar mais alguma coisa sobre seu tratamento, sua família ou sobre a sociedade?
23. Gostaria de acrescentar à sua fala algo que deixou de mencionar na entrevista e que considere muito relevante para você como mulher ou homem?

## ANEXO II

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa "**Dependência Química no sexo feminino: como as intervenções da terapia cognitivo comportamental podem auxiliar no tratamento**" que se propõe a compreender e analisar a dependência química no sexo feminino. Pretende-se também analisar as dificuldades encontradas pelas mulheres no tratamento contra a dependência tanto na adesão quanto no transcorrer do tratamento e compreender como e quais são as intervenções da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de mulheres dependes de substâncias psicoativas, suas características e diferenças em relação ao homem. Os dados para o estudo serão coletados através da aplicação de um questionário aos dependentes químicos. Os instrumentos de avaliação serão aplicados pelo Pesquisador Responsável e tanto os instrumentos de coleta de dados quanto o contato interpessoal oferecem riscos mínimos aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terá o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FAAT, Estrada Municipal Juca Sanches, Atibaia, SP, Tel: (11) 4414 4140

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer momento tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-me da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Declaro que expliquei ao Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

Atibaia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nathalia Teixeira Morgado  
RG: 30.868.057-7  
RA: 1515107

\_\_\_\_\_  
Juliano Rodrigues Afonso  
Centro Universitário UNIFAAT  
Estr. Municipal Juca Sanches, 1050- Boa Vista,  
Atibaia - SP  
(11) 4414-4140  
e-mail: julianorafonso@gmail.com

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### PARTICIPANTE DE PESQUISA

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa **"Dependência Química no sexo feminino: como as intervenções da terapia cognitivo comportamental podem auxiliar no tratamento"** que se propõe a compreender e analisar a dependência química no sexo feminino. Pretende-se também analisar as dificuldades encontradas pelas mulheres no tratamento contra a dependência tanto na adesão quanto no transcorrer do tratamento e compreender como e quais são as intervenções da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de mulheres dependes de substâncias psicoativas, suas características e diferenças em relação ao homem. Os dados para o estudo serão coletados através da aplicação de um questionário aos dependentes químicos. Os instrumentos de avaliação serão aplicados pelo Pesquisador Responsável e tanto os instrumentos de coleta de dados quanto o contato interpessoal oferecem riscos mínimos aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terá o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da FAAT**, Estrada Municipal Juca Sanches, Atibaia, SP, Tel: (11) 4414 4140

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer momento tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-me da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Declaro que expliquei ao Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

Atibaia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nathalia Teixeira Morgado  
RG:30.868.057-7  
RA: 1515107

\_\_\_\_\_  
Juliano Rodrigues Afonso  
Centro Universitário UNIFAAT  
Estr. Municipal Juca Sanches, 1050- Boa Vista,  
Atibaia - SP  
(11) 4414-4140  
e-mail: julianorafonso@gmail.com

## ANEXO III



INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL ATIBAIENSE LTDA  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT**  
 Credenciado pela Portaria nº 258, de 22 de março de 2018.

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### Formulário para Parecer

#### I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome do(a) pesquisador(a): NATHALIA TEIXEIRA MORGADO

Nome do(s) orientador(es): Juliano Rodrigues Alonso

Título do projeto: Dependência Química no sexo feminino: com as intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) podem auxiliar no tratamento.

#### II - SOBRE O PROJETO DE PESQUISA:

1-Os objetivos do projeto são apresentados claramente?

sim     não     parcialmente

2-A metodologia da pesquisa foi apresentada claramente?

sim     não     parcialmente

3- A relevância do tema de pesquisa é:

alta     baixa     relativa     não se aplica

4-Os riscos para os sujeitos envolvidos na pesquisa foram adequadamente mensurados pelo pesquisador.

sim     não     parcialmente     Não se aplica

Outros. Não há referência sobre este aspecto.

5 -O pesquisador informa como irá oferecer aos sujeitos da pesquisa documento escrito que os esclareça dos objetivos, benefícios e risco da pesquisa proposta?

sim     não     parcialmente     Não se aplica

6-No Termo de consentimento Livre Esclarecido existe clara referência sobre o sujeito estar ciente que ele tem a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem ser penalizado?

sim     não     parcialmente     Não se aplica



INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL ATIBAIENSE LTDA  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT**  
 Credenciado pela Portaria nº 258, de 22 de março de 2018.

7- No Termo de consentimento Livre Esclarecido foram citadas garantias sobre o sigilo que defenda a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa?  
 ( X ) sim ( ) não ( ) parcialmente ( ) Não se aplica  
 Outros: A aluna ainda não apresentou o documento.

**III - AVALIAÇÃO FINAL sobre todos os itens:**

- [ X ] Bem qualificado em todos os itens – aprovado.  
 [ ] Bom com reservas, porém aprovado.  
 [ ] Bom com reservas – deve ser revisto.  
 [ ] Inadequado – não aprovado.

**IV - RECOMENDAÇÕES DO PARECERISTA**

A proposta de pesquisa revela-se interessante, bem fundamentada e relevante para a sociedade.  
 Portanto, este parecer é favorável à aprovação da pesquisa.

Atibaia, 17 de abril de 2019.

**CIÊNCIA DO AUTOR:**

Em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_