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

Michelly Tavares da Silva Marques

Suporte familiar e uso de drogas na perspectiva do indivíduo em tratamento: um caminho para o cuidado

RECIFE
2016

Michelly Tavares da Silva Marques

Suporte familiar e uso de drogas na perspectiva do indivíduo em tratamento: um caminho para o cuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria, na área de Neuropsicopatologia.

Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima

Coorientadora: Prof[a.] Dr[a.] Iracema da Silva Frazão

RECIFE

2016

Catalogação na publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M357s Marques, Michelly Tavares da Silva.
Suporte familiar e uso de drogas na perspectiva do indivíduo em tratamento: um caminho para o cuidado / Michelly Tavares da Silva Marques. – 2016.
88 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2016.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

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

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-078)

MICHELLY TAVARES DA SILVA MARQUES

Suporte familiar e uso de drogas na perspectiva do indivíduo em tratamento: um caminho para o cuidado

APROVADA EM: 03/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Drª Reginete Cavalcanti Pereira
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO – UFRPE

Drª Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

Drª Maria Lúcia Gurgel da Costa
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a minha família, com os quais tenho aprendido a importância dos relacionamentos saudáveis. E em especial ao meu filho Davi.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida e por me proporcionar tantas realizações. Por ser minha força e o meu guia. Em tudo eu vejo Sua mão.

A minha mãe, mulher guerreira, que me ensinou a lutar pelos meus objetivos. Por todo o seu apoio e amor. Ao meu esposo Saulo, por toda compreensão e companheirismo. Aos meus sogros, principalmente a minha sogra Abinaan por cuidar do meu filho, todas as vezes que precisei. Ao meu filho amado Davi. Por inspirar-me tanta força. Força essa que nem imaginei que tinha.

Aos meus amigos, pela ajuda, apoio e incentivo. A todos meus professores, que contribuíram para minha formação, em especial Drª Eliane Vasconcelos; Drª Andréia Roges; Drª Ana Márcia Cavalcanti e Drª Virgínea Buarque. Ao meu professor orientador Dr. Murilo Costa Lima, a minha coorientadora Drª Iracema Frazão e Drª Reginete Cavalcanti Pereira, por acreditarem e investirem nesse projeto. A todo corpo docente, especialmente as Drª Maria Lúcia Gurgel e Drª Selene Vasconcelos pela contribuição de conhecimento.

A todos os gestores e técnicos dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas do Recife pelo acolhimento e auxilio. A minha aluna voluntária Taiwana Buarque por toda sua disponibilidade, perseverança e sensibilidade. Aos voluntários que tornaram essa pesquisa possível. Por compartilharem suas historias familiares, mesmo quando em alguns momentos causou- lhes dor e sofrimento falar sobre suas famílias.

Obrigada pela confiança que me possibilitou a oportunidade de crescer profissionalmente, intelectualmente e principalmente como pessoa.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Cal Jung

MARQUES, M.T.S. Suporte familiar e uso de drogas na perspectiva do indivíduo em tratamento: um caminho para o cuidado. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

Resumo

Introdução: A família é considerada fator de proteção e risco para o uso de drogas. Considerar a relação do dependente químico com a família é fundamental para o processo terapêutico. **Objetivo:** analisar a percepção dos indivíduos em tratamento da dependência química sobre o seu suporte familiar na relação com o uso de drogas à luz do referencial teórico de Calgary. **Método:** estudo transversal descritivo-quantitativo. Amostra de 226 voluntários dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ADs) do Recife, de dezembro a março de 2015, aplicando questionários sociodemográficos, o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias*/ Alcohol, Smoeking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). **Resultados:** Prevalência do sexo masculino (86,7%) com baixa percepção do suporte familiar (42,9%), destacando-se a baixa adaptação e a média autonomia. O padrão de consumo das drogas mais prevalentes foi o sugestivo de abuso para tabaco (57,9%), álcool (51,6%), maconha (50,6%), cocaína (56,5%). Na relação do IPSF com o ASSIST, verificou-se uma relação inversamente proporcional entre o suporte familiar e o padrão de consumo de drogas, exceto significativamente para o álcool. **Conclusão:** Os resultados corroboram os estudos que apontam o gênero como fator importante na relação entre o abusador de álcool e a família. O padrão de consumo de drogas percebido como abusadores e não dependentes sugere uma reavaliação dos fatores estigmatizantes com foco na droga em detrimento do contexto relacional. O método Calgary pode contribuir com a terapêutica ao abranger o sistema familiar como unidade do cuidado.

Palavras-chave: Relações familiares. Transtornos relacionados ao uso de substância. Enfermagem da família.

MARQUES, M.T.S. Family support and drug use on the individual in treatment's perspective: a path to care. Dissertation (Master of neuropsychiatry and behavioral sciences) -University Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

Abstract

Family is considered a factor of protection and risk for drug use. Considering the drug dependent's relationship with his/her family is vital to the therapeutic process. **Objective:** Analyze the individuals' perceptions during the drug dependence treatment on his family support in relation to drug use based on Calgary's theoretical framework. **Method:** quantitative descriptive cross-sectional study. Results of 226 volunteers from Centers of Psychosocial Services on Alcohol and Drugs (CAPS ADs) from Recife, from December, 2014, to March, 2015, after applying sociodemographic questionnaires, the Inventory of Family Support Perception (IPSF) and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). The results were interpreted preferably based on Calgary's theoretical framework. **Results:** Males are the prevailing gender in the cases (86.7%) with low perception of family support (42.9%), highlighting the low adaptation and medium low autonomy. The most prevalent drug consumption pattern was the abuse of tobacco (57.9%), alcohol (51.6%), cannabis (50.6%) and cocaine (56.5%). Relating IPSF with ASSIST, an inverse relationship between family support and pattern of drug use was found, except for alcohol. **Conclusion:** The results corroborate with studies that show gender as an important factor in the relation between the alcohol abuser and family. Drug consumption patterns noted as abusers and not dependent suggests a reassessment of stigmatizing factors with focus on the drug instead of the relational context. Calgary's method can contribute to the treatment to cover the family system as a unit of care.

Keywords: Family relations. Disorders related to substance use. Family nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição amostral dos voluntários em atendimento nos CAPS ADs/Recife no período de agosto 2014. 38

Tabela 2: Perfil pessoal dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/Recife no período de dezembro 2014 a março 2015. 44

Tabela 3: Perfil clínico dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/Recife no período de dezembro 2014 a março 2015. 47

Tabela 4: Classificação do escore percentual do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) segundo as dimensões dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/Recife no período de dezembro 2014 a março. 49

Tabela 5: Distribuição da classificação do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) segundo os CAPS ADs/Recife avaliados em dezembro de 2014 a março de 2015. 49

Tabela 6: Distribuição de frequência das atividades avaliadas no Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) dos voluntários do CAPS ADs/Recife em dezembro de 2014 a março de 2015. 50

Tabela 7: Distribuição do padrão de consumo de drogas dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/Recife no período de dezembro 2014 a março. 54

Tabela 8: Médias do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) segundo o padrão de consumo de drogas dos voluntários dos CAPS ADs/Recife no período de dezembro 2014 a março 2015. 55

LISTA DE ABREVIATURAS

ASSIST – *Alcohol, Smoeking and Substance Involvement Screening Test* (Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias)

CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

FAD – *Family Assessment Device* (Dispositivo de Avaliação da Família)

FAZ – *Family Awareness Scale* (Escala de Consciência Familiar)

IPSF – Inventário de Percepção do Suporte Familiar

MCAF – Método Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MS – Ministério da Saúde

PBI – *Parental Bonding Instrument* (Instrumento de Vínculo Parental)

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....14
1.1 O problema.....14
1.2 Justificativa 16
2 OBJETIVO GERAL.....16
2.1 Objetivos específicos.....16
2.2 Pergunta condutora.....17
2.3 Hipóteses.....17
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....18
3.1 Família.....18
3.2 Drogas e família.....18
3.3 Suporte familiar e drogas.....19
3.4 Enfermagem da família e as drogas.....21
3.5 Abordagem individual sistêmica.....22
3.6 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD).....23
3.7 A enfermagem no CAPS AD.....24
4 ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA.....25
5 MÉTODO.....37
5.1 Desenho do estudo.....37
5.2 Local do estudo.....37
5.3 Seleção dos voluntários do estudo.....37
5.4 Critérios de inclusão.....39
5.5 Critérios de exclusão.....39
5.6 Instrumento de coleta de dados.....39
5.6.1 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).....40
5.6.2 Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias/ *Alcohol, Smoeking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST).....40
5.7 Procedimentos.....41
5.7.1 Análise dos dados.....41
5.8 Aspectos éticos.....42
5.9 Riscos e benefícios.....42

6 RESULTADOS.....44
7 DISCUSSÃO.....57
8 DIFICULDADES ENCONTRADAS.....65
9 CONCLUSÃO 66
REFERÊNCIAS.....67
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....76
APÊNDICE B – Questionário de identificação pessoal.....79
ANEXO A- Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).....81
ANEXO B - Teste Para Triagem Do Envolvimento Com Fumo, Álcool E Outras Drogas (ASSIST).....84

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema

O consumo de drogas, apesar de sempre ter existido ao longo da história da humanidade, tem tomado dimensões mais complexas e colocado em risco a vida de milhões de pessoas, além de vir aumentando os problemas sociais, a violência e o disfuncionamento familiar (CARRANZA; PEDRÃO, 2005).

Estudos envolvendo dependentes químicos e suas famílias revelam que a família tem sido considerada como fator tanto de risco como de proteção para o uso abusivo de drogas entre seus membros (BECONA; et al, 2012), pois o grau de funcionalidade do sistema familiar pode expor ou ser fator resiliente para as drogas. Ou seja, a família em disfuncionalidade pode deixar o indivíduo mais suscetível para desenvolver uma dependência química, como também o uso de drogas por um membro da família pode desestruturar o universo familiar. Portanto, tanto o indivíduo como o seu contexto familiar são importantes para as abordagens terapêuticas no tratamento da dependência química (INGBERMAN et al, 2009; CARNEIRO; HERMETO; SAMPAIO, 2010; KANTORSKI; SOUZA, 2008; LUIS; GALERA, 2002; DASTOORPOUR; et al, 2014).

Assim, para o dependente químico, a família pode ser considerada como a principal base para o tratamento dele, pois nela ele pode encontrar suporte instrumental e afetivo, ou a reafirmação do preconceito, da discriminação e do abandono. O estudo de Barros e colaboradores (2010) contribui para confirmar essa hipótese ao identificar que o envolvimento da família no tratamento do dependente químico foi, no universo pesquisado por esses autores, essencial para a manutenção da abstinência.

Isso pode ser justificado pelo fato de que o suporte social e, em especial, o familiar poder proporcionar ao sujeito uma interação relacional em que ele pode ativar, ou não, os mecanismos de desenvolvimento e manutenção de aspectos psicológicos. Como por exemplo, as estratégias de enfrentamento cognitivo e comportamental para enfrentar desafios (*coping*), autoestima e autoeficácia, que o ajudarão a lidar com seus problemas. Baseado nessa observação, Makilim Baptista (2005) desenvolveu, no Brasil, o Inventário de Percepção do Suporte Familiar. Para esse autor, a relação familiar pode exercer influências fundamentais no

comportamento das pessoas. O Inventário conta com a contribuição da teoria sistêmica familiar e avalia, numa escala Likert (através de respostas psicométricas que afere o nível de concordância com as afirmações feitas), a percepção do suporte familiar em três dimensões: afetivo-consistente, adaptação e autonomia da família (BAPTISTA, 2005; 2007).

Assim, o suporte mostra-se relevante para a terapêutica na dependência química, e as políticas públicas brasileiras sinalizam esse fato ao incluírem a família no tratamento. Atualmente, a terapêutica para a problemática das drogas acontece nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ADs). Regidos pelas Diretrizes do Ministério da Saúde (MS), esses Centros têm como objetivo a reinserção social do paciente. O serviço neles prestado viabiliza o planejamento terapêutico numa perspectiva individualizada de evolução contínua, valorizando o apoio familiar e incluindo o atendimento semanal às famílias (BRASIL, 2013).

O CAPS AD trabalha com uma equipe multidisciplinar que contempla a função de enfermagem (BRASIL, 2013). Porém, esta ainda se insere timidamente no cuidado relativo ao uso de drogas (LUIS; LOPES, 2005). Apesar disso, o enfermeiro, no exercício de suas atribuições, deve ser um agente ativo no processo terapêutico inerente à arte do cuidado. Nessa direção, o espaço do CAPS AD favorece a oportunidade de desenvolver-se uma comunicação com o usuário e sua família que contemple as visões sobre as questões pertinentes à saúde para ações sistêmicas do cuidado de enfermagem.

A ênfase no sistema familiar como unidade de cuidado da enfermagem tem marcada relevância para uma assistência integral. Essa abordagem que considera não apenas o doente, mas o seu contexto familiar é conhecida como enfermagem da família. Ela nasceu da relação entre as teorias da terapia familiar, das ciências sociais da família e dos modelos de enfermagem. A partir dessas teorias, as enfermeiras Wrigth e Leahey, da Universidade de Calgary, no Canadá, desenvolveram um método para avaliação e intervenção de enfermagem para o cuidado, abrangendo o sistema familiar, utilizado em vários países, inclusive no Brasil (GONÇALVES; et al, 2012; MARTINS; FIGUEIREDO, 2010). O Método Calgary de Avaliação (MCA) contempla três categorias avaliativas da família: a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiar. Já como intervenção, o calgary enfoca os domínios do funcionamento familiar cognitivo, afetivo e comportamental (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Assim, o método Calgary também pode constituir-se uma opção de recurso terapêutico eficaz utilizado pela enfermagem no tratamento da dependência química de

pacientes atendidos nos CAPS ADs, pois o método Calgary pode propiciar um cuidado sistêmico voltado para a necessidade humana em seu contexto relacional.

1.2 Justificativa

A complexidade da dependência química afeta o indivíduo, a família e, consequentemente, a sociedade. Devido a isso, o suporte familiar, por meio da funcionalidade das relações entre seus membros, vem ganhando importância terapêutica no contexto das dependências químicas. Pois abordagens mais abrangentes que contemplam não apenas o sujeito, mas o seu contexto relacional parecem ter bons resultados numa forma sistêmica de cuidar.

Partindo do princípio de que o paciente com suporte familiar, amparado em relacionamentos saudáveis, tem melhores condições para trabalhar as demandas advindas das droganições, este trabalho busca analisar a percepção dos indivíduos em tratamento da dependência química sobre o seu suporte familiar na relação com o uso de drogas. À luz do referencial teórico de Calgary, pretende-se identificar demandas que podem ser abordadas por uma enfermagem sensível às necessidades humanas na complexidade de suas interações e relações familiares.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos indivíduos em tratamento da dependência química sobre o seu suporte familiar na relação com o uso de drogas, à luz do referencial teórico de Calgary.

2.1 Objetivos específicos

a) Identificar a visão do usuário do CAPS AD sobre o seu suporte familiar por meio do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).
b) Descrever o padrão de uso de drogas por meio do resultado do ASSIST.
c) Verificar a associação significativa entre o suporte familiar percebido pelo usuário do CAPS AD e o padrão de uso de drogas à luz do referencial teórico do método Calgary.

2.2 Pergunta condutora

Qual é a relação da percepção do suporte familiar e o padrão de uso de drogas na perspectiva dos usuários do CAPS AD?

2.3 Hipóteses

1- Quanto maior o suporte familiar, menor o envolvimento do usuário do CAPS AD com as drogas. Ou seja, os resultados do envolvimento com a drogas apresentados pelo escore do ASSIST estão inversamente relacionados com os dados do Inventário de Percepção do Suporte Familiar.
2- A enfermagem pode atuar, intervindo junto às famílias, de forma a trabalhar seus vínculos com o usuário do CAPS AD e assim interferir de forma a diminuir o uso prejudicial com as drogas.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Família

A definição de família extrapola a ideia de essa instituição ser apenas um grupo de pessoas com laços consanguíneos, pois abrange questões que envolvem vínculos emocionais movidos por um sentimento de pertença a um contexto social. Assim definida, a família, em meio à diversidade de transformações e configurações, tem papel crucial para o sujeito. O homem, enquanto ser social, não está isolado do mundo, mas existe num sistema de múltiplas relações no qual influencia e por ele é influenciado. A família é o berço desse processo, por isso a qualidade das suas relações tem relevância estrutural e singular para o indivíduo (LUIS; GALERA, 2002; LOPES; CASANOVA, 2009).

A família nuclear e extensa fornece as bases para o desenvolvimento do indivíduo e possui papel fundamental para a tradução dos códigos culturais para seus membros. Assim, também é função da família proporcionar os fatores de proteção que funcionem como antídoto para comportamentos de risco, como o uso abusivo de drogas (MINAYO; SHENKER, 2003).

3.2 Drogas e famílias

Apesar de o consumo das substâncias psicoativas sempre ter existido na história da humanidade e cada cultura ter desenvolvido diferentes formas de lidar com as drogas, o uso abusivo delas tem tomado dimensões, a cada dia, mais complexas. Isso vem colocando em risco a vida das pessoas, trazendo inúmeros problemas sociais, desestruturando famílias e tornando-se até uma ameaça à saúde pública (MALBERGIER; AMARAL; CARDOSO, 2012; MONCKTON; PEDRÃO, 2011).

Segundo Oliveira e Bernardy (2010), o uso, nocivamente, de droga associa-se à fragilidade e à limitação do sujeito em responder criativamente aos problemas que surgem ao longo da vida, e a família está inserida nesse processo. Esses autores, ao analisarem o papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas em jovens institucionalizados, observaram que havia sinais de negligência, abandono, agressão física, assim como a falta de diálogo familiar e a cultura do uso de droga no ambiente familiar, o que determinou a iniciação do uso abusivo de drogas nos jovens estudados.

Nessa mesma direção, os achados de Gillmore e colaboradores (2012) revelaram que a coesão familiar reduz a chance de o jovem experimentar a droga e que o apego entre mãe e filho diminui o risco para o uso de drogas. Esses autores avaliaram a capacidade de a coesão familiar, o controle parental e o apego mãe-filho evitarem problemas relacionados a adolescente com histórico de uso de drogas numa regressão logística.

Também Mendonça e Oliveira (2012) observam que, apesar da mudança sofrida pelas configurações familiares tradicionais no Brasil, o problema do uso abusivo de drogas não é culpa direta da estrutura familiar, mas seu papel tem sido relevante para a prevenção e tratamento. Os dados desse estudo sugerem que esse é um problema mais relacional da família do que apenas estrutural.

Assim, a baixa coesão familiar tem sido considerada como um dos fatores de risco para o uso de drogas. Por isso, muitas abordagens terapêuticas são baseadas na família (MINAYO; SHENKER, 2003).

3.3 Suporte familiar e drogas

O conceito de família é bastante abrangente, pois envolve as relações sociais que funcionam como redes de suporte que cercam o indivíduo. Essa definição de família é conhecida como modelo de comboio (CARVALHO; SILVEIRA, 2011). Esse conceito vincula a família ao suporte recebido pelo sujeito. O suporte é entendido como o amortecimento do impacto ocasionado por agentes estressores na vida das pessoas; por isso, tem sido útil nos estudos de resiliência psicológica, pois o suporte das relações humanas é fundamental para a terapêutica no âmbito da saúde.

O conceito de suporte social vem ganhando importância no meio científico por sua comprovada relação com o desenvolvimento e a manutenção de áreas psicológicas do ser humano. É um constructo multidimensional que envolve a relação do meio ambiente e seus efeitos no comportamento humano, e a família pode ser considerada como o suporte social mais relevante para o ser humano (BAPTISTA, 2005).

Contemplando a importância do suporte familiar, Baptista (2005) construiu e aferiu as evidências de análise e precisão da escala para avaliar a percepção sobre o suporte familiar no Brasil. No intuito de mensurar o construto de suporte familiar, o Inventário de Percepção do

Suporte Familiar (IPSF) baseou-se em instrumentos de suporte internacionais, como o Family Adaptability and Cohesion Evaluation Sacale (faces III), de Olson, Portner e Lavee; o Family Awareness Scale (FAZ), de Green, Kolevzon e Vozler; o Family Assessment Device (FAD), de Epstein, Baldwin Bishop; o Parental Bonding Instrument (PBI), de Parker, Tupling e Brown; além do instrumento nacional, o Questionário de Estilos Parentais de Gomide. Em 2007, esse autor comparou os componentes do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) em duas configurações de participantes por intermédio de análise fatorial. Assim, construiu o instrumento IPSF com 42 itens, dispostos em questões do tipo *likert* de três pontos, em que "nunca" vale 0, "quase nunca", 1 e "quase sempre", 2 (Anexo 1).

As perguntas são divididas em três dimensões. A primeira é a afetivo-consistente, que envolve vínculos emocionais, com afetividade verbal e não verbal, acolhimento, capacidade de resolução de problemas, consistência de comportamento e interesse. A segunda dimensão é a adaptação familiar, que diz respeito aos sentimentos negativos em relação à família, como raiva, isolamento, exclusão, indicando ausência de adaptação no grupo familiar. Essa dimensão é pontuada de forma invertida para efeito de análise, ou seja, quando pontuada 0, vale 2; quando 1, vale 1; e, quando 2, vale 0, para a correção dos valores negativos. A terceira dimensão é a autonomia, que se refere a questões de liberdade, privacidade e confiança entre os membros da família. No final da avaliação, quanto maior a pontuação, maior o nível de suporte familiar percebido pelo sujeito (BAPTISTA, 2007).

No contexto da dependência química, o apoio social, principalmente familiar, vem mostrando resultados eficazes para manter o sujeito longe das drogas e influenciar nas mudanças de atitude diante dos problemas vivenciados por ele. Tal apoio produz benefícios para a saúde mental e a qualidade de vida. Pode reduzir o isolamento, criar fortes relações interpessoais, evitar contato com outros dependentes e ajudar na resolução de problemas e gestão de sentimentos negativos por meio da comunicação com pessoas que estão, naquele momento, mais fortes, prevenindo a recidiva do uso de drogas (DASTOORPOUR; et al, 2014).

No entanto, a dependência afeta não apenas o usuário, mas também sua família. Assim, tanto os dependentes como seus familiares precisam ser trabalhados para a superação do uso abusivo e destrutivo das drogas. Baseado nesse princípio, Dastoorpour e colaboradores (2014) estudaram os efeitos do modelo de capacitação centrada na família, no apoio social e qualidade de vida dos abusadores de metanfetamina e de suas famílias. Os autores utilizaram

o método de ensaio clínico randomizado e concluíram que o apoio familiar, especialmente o emocional e o financeiro, são essenciais para a abstinência. Em contrapartida, a falta desse apoio e o preconceito da sociedade foram os principais gatilhos para recidiva do uso abusivo.

Os autores do referido estudo ainda afirmam que as pessoas podem melhorar o seu apoio social e a qualidade de vida, recebendo intervenções educativas que incluam a habilidade de resolução de problemas, de lidar com questões da vida diária, técnicas de relaxamento e imaginação positiva para reduzir a ansiedade e criar paz interior, superar culpas, e técnicas para manter a autoconfiança e autoestima.

Já Lemos e colaboradores (2012), ao estudarem as relações entre a percepção do suporte familiar e os sintomas de desesperança, depressão e ansiedade em pacientes dependentes químicos, observaram que os usuários com baixa percepção de suporte familiar apresentaram também altos escores de depressão, ansiedade e desesperança. Esse achado sugere que o Índice de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) poderia ser um útil "marcador social" da dependência química associadas a comorbidades psiquiátricas, apontando a relevância de avaliar o suporte familiar no planejamento da terapia do dependente químico.

3.4 Enfermagem da família e as drogas

A enfermagem tem se movimentado em direção à incorporação da família por meio da abordagem sistêmica para o cuidado a saúde. A arte do cuidado da enfermagem não enfoca exclusivamente a doença, mas o ser humano e seu meio a fim de proporcionar o ambiente propício à saúde, criando e estimulando as circunstâncias para mudanças (MARTINS; FIGUEREDO, 2010).

Assim, a avaliação do impacto da doença sobre a família bem como a influência da interação familiar em sua causa, na evolução e na cura tem sido útil e esclarecedor para o trabalho eficaz da enfermagem. A enfermagem da família fundamenta-se em teórias que constroem visões e diretrizes para prática da enfermagem. Baseia-se em seis fundamentos teóricos: os sistemas teóricos, a cibernética, a teoria da comunicação, a teoria da mudança e a biologia da cognição do pós-modernismo (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Com base nesses fundamentos, as enfermeiras Wrigth e Leahey, na universidade em Calgary, no Canadá, desenvolveram os Modelos Calgary de avaliação familiar (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF). A avaliação das famílias é dividida em

categorias de estrutura, desenvolvimento e funcionamento e, assim, busca desenvolver a autonomia do sistema familiar numa abordagem colaborativa (GONÇALVES; et al, 2012; MARTINS; FIGUEIREDO, 2010).

De acordo com as autoras do modelo Calgary, as enfermeiras que trabalham com pacientes e famílias em várias situações de atendimento de saúde precisam ter bom conhecimento sobre quando devem indicar ou contraindicar o envolvimento da família (WRIGHT; LEAHEY, 2012). No caso do paciente em tratamento da dependência química, a literatura traz vários estudos que apontam a importância do fator familiar para a terapêutica (MENDONÇA; OLIVEIRA, 2012; MOREIRA, 2004; OLIVEIRA; SELEGHIM, 2013).

3.5 Abordagem individual sistêmica

Considerando-se a teoria dos sistemas, que reconhece um sistema como um complexo de elementos em mútua interação, pode-se conceber o sistema familiar como inserido em um suprassistema mais amplo, o social, e, por sua vez, constituído pelo sistema individual. Assim, uma mudança em um membro da família afeta todos os outros membros do sistema familiar e, consequentemente, o suprassistema, o social (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Nessa perspectiva, a visão de cada um dos sistemas é fundamental para a terapia envolvendo a família. Por isso, Luís e Galera (2002) criticam estudos com famílias nos quais a entrevista é feita com apenas um membro do sistema familiar, que não reflete fielmente a opinião de todos da família. Contudo, no que diz respeito à percepção que o paciente tem do seu suporte familiar, sua impressão é fundamental para uma sondagem inicial de avaliação para intervenções terapêuticas com hipóteses sistêmicas.

Assim como cada indivíduo tem sua singularidade, cada família também tem suas especificidades. Portanto, ouvir o paciente sobre seu contexto familiar com empatia sobre as questões que ele coloca como significativas em seu processo de saúde-doença pode possibilitar a identificação de demandas específicas em cada sistema que envolve o sujeito e sua família.

Maturana e Varela (1995), propositores do pensamento sistêmico, reafirmam a importância de ouvir o outro, conhecer sua visão no processo do cuidado. Esses autores concebem o sujeito como um ser integral e asseguram que todo ser vivo apenas consegue

perceber, responder, crer, pensar e agir dentro dos limites de sua estrutura singular de ser. Assim, a realidade que uma pessoa pode descrever não existe independente dela, porque é uma reformulação de sua experiência de vida.

Dessa forma, cada indivíduo tem sua opinião sobre determinado assunto de acordo com as lentes das suas vivências, e o contexto familiar tem participação relevante nas impressões do indivíduo desde a infância e durante sua existência. Assim, tratar o dependente químico implica, na maioria das vezes, incluir o sistema familiar para trabalhar os vínculos familiares. Essa abordagem familiar relacional e inclusiva pode começar com a visão do paciente, como sugere inicialmente esta pesquisa.

3.6 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD)

A proposta de serviços que valorizem as particularidades dos usuários assistidos, bem como sua subjetividade nasceu como crítica ao modelo biomédico de assistência e trouxe mais possibilidades para um cuidado humanizado e integral (MIRANDA; et al, 2012).

No Brasil, essa conquista decorreu da reforma psiquiátrica que visava combater a desumanização vivenciada pelos pacientes em saúde mental, rejeitando o modelo hospitalocêntrico e a desvalorização das medidas preventivas. Esse contexto também diz respeito à história do tratamento da dependência química. Os cuidados eram predominantemente psiquiátricos, médicos ou de cunho religioso e tinham como meta principal a abstinência. O usuário, culturalmente, era associado à criminalidade e a práticas antissociais num modelo de exclusão (BRASIL, 2005).

Em 1992, a Portaria n° 224/1992 normatizou no país os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPSs/ CAPSs). A Portaria n° 3.088 de 23, de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Organização das modalidades dos CAPS em I, II e III, contemplada na Portaria 366, definiu os CAPS, segundo uma ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, em acima de 20 mil, de 70 mil e de 200 mil, respectivamente. Também institui o CAPS AD para os municípios que têm mais de 70 mil habitantes e o CAPS AD III que provê o cuidado clínico contínuo, possui até doze leitos e funciona 24 horas. Além

disso, estabelece o CAPSi que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Em todas as modalidades do CAPS, é prevista a enfermagem como componente obrigatório da equipe de profissionais (BRASIL, 2011; 2002).

3.7 A Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas

Apesar da inserção do enfermeiro no cuidado ao dependente químico nos CAPS de Álcool e Drogas, a literatura aponta certas dificuldades para atuação da enfermagem nesse contexto. As instituições formadoras desses profissionais parecem que investiram pouco na temática (LUIS; LOPES, 2005).

O estudo de Duarte e Vargas (2011), com enfermeiros atuantes nos CAPS AD de São Paulo, revelou que 68,8% não possuíam formação específica e 93,8% não receberam preparo durante a formação. Também foi constatada a carência de iniciativas dos serviços para a facilitação da busca dos enfermeiros por formação mais específica. A troca de experiência entre os profissionais foi mencionada como fonte de conhecimento, porém não foi considerada suficiente pelos enfermeiros. Outros meios, como a Internet e a leitura de livros sobre o tema, nem sempre respeitam o rigor científico e, assim, trazem ao profissional o risco de assumir modelos inadequados de assistência.

Portanto, a capacitação formal é necessária para uma assistência de qualidade e que a especificidade do tema das drogas que envolve a família possa traduzir-se num caminho para a terapêutica do dependente químico no campo da enfermagem da família. Assim, instrumentos que facilitem esse processo podem ser úteis nesse contexto.

4 ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Terapêutica da dependência química envolvendo a família: uma revisão integrativa

Michelly Tavares Da Silva Marques[1], Iracema da Silva Frazão[2], Reginete Cavalcanti Pereira[3], Taiwana Batista Buarque Lira[4], Murilo Duarte da Costa Lima[5]

Resumo: O consumo abusivo de drogas é associado a problemas sociais e à disfunção familiar. Os modelos terapêuticos que incluem a família mostram eficácia no tratamento do toxicodependente. Objetivo: verificar as ações terapêuticas em saúde mental envolvendo os familiares dos toxicodependentes. Método: busca realizada na Pubmed e BVS. Resultados: dos 648 artigos resultantes, 18 foram elegíveis. Em todos os estudos, percebe-se a presença do fator social. Os Estados Unidos tiveram 61,1% das publicações e 45,45% deles estudaram seus imigrantes de origem hispânico-latina, asiática e africana. O período da adolescência foi foco das atenções terapêuticas (38,8%). A técnica motivacional é a mais frequente (38,8%) e fundamental para o engajamento terapêutico. A abordagem sistêmica na terapia familiar mostra-se promissora, com resultados positivos e significativos. Conclusão: este estudo aponta para a relevância da família no tratamento do toxicodependente e consequentemente para a importância da atuação profissional nesse contexto.

Palavras-chaves: Relações Familiares. Transtornos relacionados ao uso de substância. Centros de tratamento de abuso de substâncias.

Abstract: The drug abuse is associated with social problems and family dysfunction. The therapeutic models that include family show efficacy in the treatment of the drug addicted. Objective: verify the therapeutic actions in mental health involving the families of drug dependents. Method: searching at Pubmed and BVS. Results: From 648 resulting articles, 18 were eligible. In every study, the presence of the social factor is perceptible. The United States had 61.1% of the publications and 45.45% of them studied their Hispanic / Latino, Asian and African immigrants. The period of adolescence has been the focus of therapeutic attention (38.8%). The motivational technique is the most common (38.8%) and vital to the therapeutic engagement. The systemic approach in family therapy proves to be promising,

with positive and significant results. Conclusion: This study points to the importance of the family in the treatment of the drug addicted and consequently the importance of professional practice in this context.

Descriptors: Family Relations. Substance Related disorders. Substance Abuse Treatment Centers.

[1] Enfermeira. Terapeuta de Família. Mestranda do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
[2] Enfermeira, Professora Pós-Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPE
[3]Psicóloga, Dra. em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Professora do CODA/UFRPE
[4] Estudante de enfermagem da faculdade Estácio/ Recife
[5] Médico, Professor Dr. em Medicina, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE.

Local do desenvolvimento da pesquisa: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife – PE, CEP: 50670-901.
Endereço para correspondência
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). POSNEURO. Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife – PE, CEP: 50670-901 E-mail: michelly.tavares@hotmail.com

Introdução

O último levantamento domiciliar sobre droga psicotrópica no Brasil, em 2005, mostrou que 22,8%, dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga psicotrópica, o que corresponde a uma população de 11.603.000 pessoas, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco. Ao avaliar as 108 maiores cidades do país, o mesmo estudo constatou que 74,6% dos entrevistados faziam uso na vida de álcool, porcentagem maior que os resultados verificados em 2001, que foram de 68,7%. Com relação ao uso de tabaco na vida, em 2005, a prevalência foi de 44,0% da população entrevistada, maior que a registrada em 2001, que foi 41,1% [1]. Esses dados revelam um aumento do consumo de drogas no país.

É fato que o uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente ao longo da história da humanidade e que o consumo delas pode ser analisado de diferentes formas, dependendo

da finalidade do uso e da cultura em que uma população está inserida. Porém o uso de forma abusiva dessas substâncias tem desencadeado problemas de ordens difíceis e complexas, que envolvem o risco à vida, problemas sociais, disfunções familiares, além de ter-se tornado uma ameaça à saúde pública[2].

Diante desse cenário, a literatura aponta que a família pode ser considerada como fator tanto de proteção quanto de risco para uso de drogas, considerando-se que a família é um grupo importante para a formação da personalidade do indivíduo, pois detém os primeiros elementos da socialização, sendo influenciada pelo contexto no qual está inserida e também exercendo influências nesse meio [3,4]. Estudos apontam que tanto o estresse em família pode predispor o indivíduo ao uso de drogas, como um membro da família em uso abusivo de psicotrópicos pode desestruturar todo o universo familiar [2,3,4,5,6].

Dessa forma, observa-se que o indivíduo é impactado por sua família, mas também pode impactá-la. Assim, por um lado, o apoio familiar pode ser a mais poderosa força motivadora para o tratamento e manutenção das mudanças positivas do toxicodependente e, por outro, o uso abusivo de drogas atinge todos os membros da família que igualmente necessitam de cuidados e suporte para lidarem com as demandas advindas da patologia de um de seus membros [6]. Dessa forma, faz-se necessário estudar não apenas o toxicodependente, mas todo o contexto que o envolve e diz respeito ao fenômeno da dependência química.

Por isso, os modelos terapêuticos baseados na família tem se mostrado viáveis e reconhecidos entre as abordagens mais eficazes para o tratamento da toxicodependência. Incluir a família no tratamento tem sido apontado pela literatura como um preditor para o sucesso terapêutico [5,6].

A percepção dessa realidade parece ter sido apontada na esfera das políticas públicas, como na Portaria n° 3.088 (2011)[7], que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, no Artigo 3º, inciso II, preconiza que o acesso a essa Rede deve ser estendido aos familiares. A mesma Portaria, no Artigo 2º, estabelece que a lógica do cuidado deve ter como eixo norteador o projeto terapêutico singular. Ou seja, também o Estado entende que cada indivíduo é único e, por isso, tem demandas de tratamento peculiares e necessita de planejamento específico conforme seu contexto bem como o de seus familiares.

Porém, existem dificuldades para a abordagem familiar. No estudo de Kantorski e Duarte (2011)[8], que avaliaram qualitativamente a atenção aos familiares num Centro de Atenção Psicossocial, viu-se que a família frequenta pouco o serviço e não se sente parte do tratamento. Diante dessa constatação, esses autores consideram que a forma como vem sendo consolidada a atenção às famílias representa um desafio para os profissionais de saúde por implicar reestruturação na formação e um processo de reflexão de todos os atores envolvidos.

Assim, esta pesquisa objetivou verificar quais as evidências científicas apresentadas na literatura em relação às ações terapêuticas em saúde mental envolvendo os familiares das pessoas em tratamento da dependência química. Tal investigação tem o intuito de contribuir para prática terapêutica ao nortear os profissionais de saúde envolvidos nesse contexto.

Método

Esta pesquisa baseou-se nas seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa[9]. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde BVS (MEDLINE, LILACS, CENTRAL, BDENF, Cid Saúde, Index Psicologia, Biblioteca Cochrane e SciELO) e Pubmed. Foram utilizados os descritores do Medical Subject Heading (MeSH): “Family relations” and “Substance related disorders” and “Substance abuse Treatment Centers”. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos publicados nos últimos cincos anos, incluindo 2010, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram realizadas três buscas para BVS e Pubmed, combinando-se os descritores conforme tabela 1.

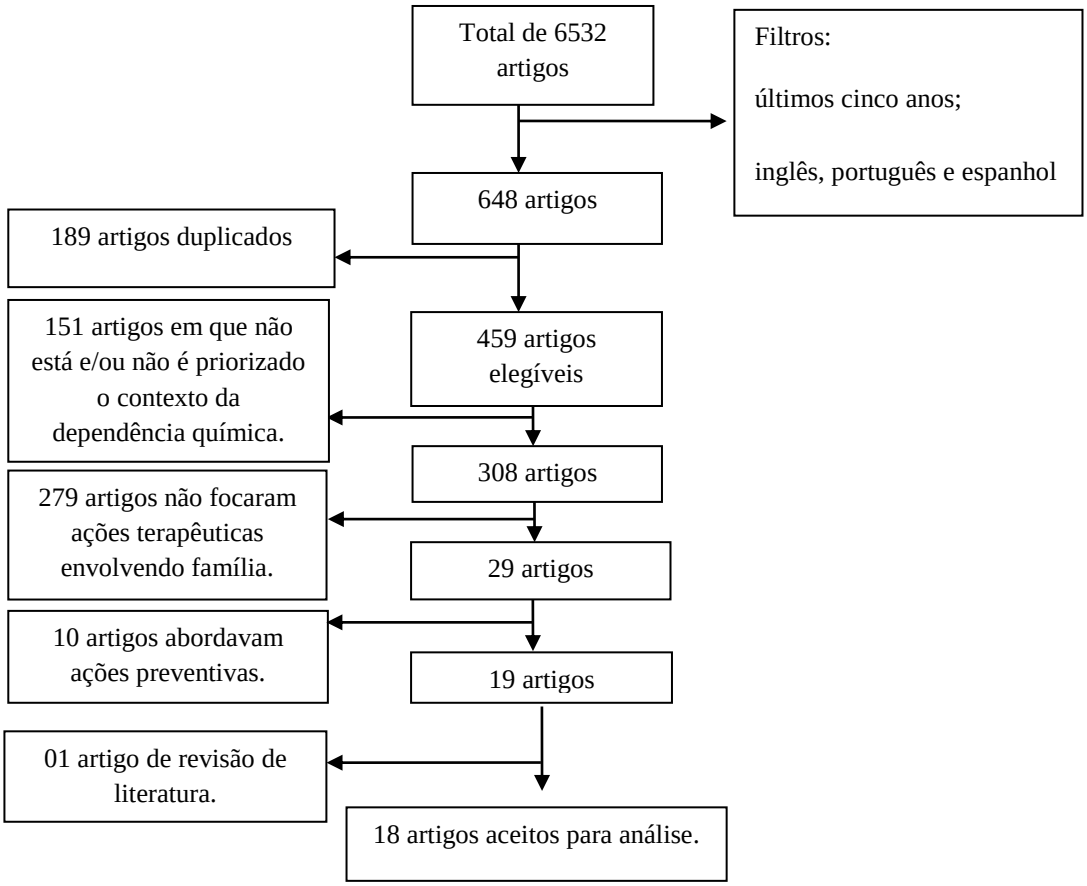
Tabela 1: Combinação dos descritores utilizados na pesquisa

Descritores	BVS	Pubmed
Family Relations and Substance Related disorders	1725	4410
Family Relations and Substance Abuse Treatment Centers	105	110
Family Relations and Substance Related disorders and Substance Abuse Treatment Centers	81	101
Total de artigos elegíveis	6532	

Quanto aos critérios de exclusão, foram estabelecidos os seguintes: 1) texto que não apresentasse formatação de artigo; 2) não tratasse da questão da dependência química; 3) não

enfocasse ações terapêuticas envolvendo família; 4) não estivesse disponível na íntegra, mesmo com o recurso de identificação da CAPES periódicos; 5) fosse um artigo de revisão. Esses artigos foram organizados por ordem alfabética dos títulos na tabela do Excel para análise de inclusão de acordo com a pergunta condutora da pesquisa: Quais são evidências científicas apresentadas na literatura em relação às ações terapêuticas em saúde mental envolvendo os familiares das pessoas em tratamento da dependência química? Foram, então, selecionados 18 artigos para análise.

Figura 1 – Fluxograma da seleção do estudo



Resultados

No que se refere ao ano de publicação, destaca-se o período de 2012, com seis artigos (33,3%). Com relação ao idioma, sobressaiu-se a língua inglesa, com dezesseis artigos (88,8%). O local de realização da maioria dos estudos foi nos Estados Unidos, com onze publicações (61,1%). Dos artigos produzidos nos EUA, 45,45% abordaram pessoas de origem hispânico-latina, asiática e africana, o que revela o destaque que o país dá a esses grupos de

pessoas. No que diz respeito à população mais prevalente abordada, 38,8% dos artigos estudaram adolescentes. O método abordado mais recorrente foi o Randomizado (55,5%), seguido pela abordagem qualitativa (22,2%). Entre as ações empreendidas, as que envolvem motivação foram mais frequentes (38,8%) e 66,6% sinalizaram as fundamentações dos constructos da terapia familiar.

Tabela 2: Instrumentos, ações e referênciais teóricos direcionados as pessoas em tratamento da dependência química.

Instrumentos	Principais ações abordadas	Fundamentação Teórica
Engaging Moms Program (EMP)	Aliança, motivação, mudança de comportamento e lançamento para uma vida independente.	Terapia Familiar Multidimensional
—	Fortalecer as interações familiares adaptativas.	T. Familiar Breve
Family Intervention for Dual Diagnosis	Psicoeducação, comunicação e habilidades para resolver problemas.	Terapia Familiar Comportamental.
Family Focused Treatment(FFT)	Engajamento, psicoeducação, comunicação, treinamento. Estrutura familiar e padrões de alianças disfuncionais.	*Terapia Familiar Estrutural
—	Domínios dos adolescentes, pais/famílias, amigos e colegas, escola, trabalho, lazer.	Terapia Familiar Multidimensional
Culturally Informea and Flexible family Bsed treatmentfor Adolescentes	Entrevistas motivacionais, formação de competências, psicoeducação, estressores relacionados à aculturação.	Terapia Familiar Estrutural
Family Matters	Comunicação. Psicoeducação, estressores de imigração, drogas, sexualidade, motivação.	*Terapia Familiar Multidimensional
Famílias Unidas	Subsistemas dos adolescentes	Teoria ecossistemas
Programa Parent Child	Funcionamento reflexivo e qualidade das representações maternas.	Teoria da interação familiar
The Mothers and Tosslers Program	Processo reflexivo sobre crenças distorcidas das representações mentais de parentalidade.	—
Genograma/ Ecomapa	Estudar padrões de repetição de comportamento, dentre outras questões na história familiar.	Teoria dos sistemas Método Calgary
—	Enfatizam a interdependência social e do impacto das relações com a saúde pessoal.	Teoria da ação social e rede social
Family Motivational Intervention/MI	Engajamento, psicoeducação, comunicação, treinamento, reflexão / crenças, autonomia. Perguntas abertas.	—
Beahavioral Family Counseling	Comportamento e aconselhamento familiar. Apoiar a autonomia, a separação e o relacionamento do paciente com parceiros.	—
The Mothers and Tosslers Program	Terapia individual. Melhorar o funcionamento reflexivo trabalhando crenças distorcidas de parentalidade.	—

*Considerações dos pesquisadores

Tabela 3: Características dos artigos inclusos

Autor (ano)	Objetivo	Método	População (n)	Local	Resultados/conclusões
Dakof, et al. 2010	Comparou **Engaging Moms Program (EMP)** com Intensive Case Management Services (ICMS).	Ensaio Clínico Randomizado (ECR)	Mães 62	EUA	O EMP apresentou resultados melhor ou igual ao do ICMS
O'Farrell ,et al. 2010	Comparou **Behavioral Family Counseling BFC** com Individual-Based Treatment (IBT).	ECR	Adultos 29 morando com familiar não cônjuge	EUA	O BFC diminuiu o uso, aumentou a abstinência.
Suchman, et al. 2010	Comparou o ***The Mothers and Toddlers Program (MTP)*** com **Parent Education Program (PE)**	ECR	Mães 47	EUA	As mães de ambos os grupos apresentaram redução moderada do consumo pós-tratamento.
Smeerdijk, et al. 2011	Comparou **Intervenção Motivacional Familiar (FMI)** com Routine Family Support (RFS).	ECR	Pacientes usuários esquizofrênicos 75	Holanda	FMI reduziu mais a frequência e quantidade do consumo do que RFS.
Santisteban, et al. 2011	Comparou **Culturally Informed and Flexible Family Based Treatment for Adolescents (CIFFTA)** com TerapiaFamiliar Tradicional (TFT)	ECR	Adolescentes hispânicos e suas famílias 28	EUA	O grupo CIFFTA foi mais eficaz em diminuir o uso e os problemas de externalização.
Heslin, et al. 2011	Destacar o impacto do **Sober living homes (SLHs).**	Descritivo exploratório	Residentes hispânicos 12	EUA	SLHs são importantes alternativas quando a família representa risco para o uso.
Gottlieb, et al. 2012	Descrever como **Family Intervention for Dual Diagnosis (FIDD)**	Estudo de caso	Usuário esquizofrênico 1	EUA	O FIDD ajudou a lidar com os estressores, reduzir o uso de substâncias e melhorar seus relacionamentos.
Miklowitz D, J. 2012	Descrever o **family-focused treatment (FFT)**	Estudo de caso	Adolescente bipolar 1	EUA	FFT pode ser adaptado com sucesso para estas populações.
Rosati, et al. 2012	Avaliar o programa **Family Matters**	Estudo de Intervenção	Adolescentes e famílias 170	Tailândia	Compreender a importância da comunicação como os filhos.
Prado, et al. 2012	Comparou **"Famílias Unidas"** com "Prática Comunitária"	ECR	Adolescentes e cuidadores 156	EUA	O uso de drogas diminuiu no "Famílias Unidas"e aumentou no grupo de Prática comunitária
Barbosa, et al. 2012	Uso de crack na estrutura e na dinâmica das relações familiares.	Estudo de caso	Familiar 1	Brasil	O uso de crack provoca distanciamento entre os familiares.
Simmons, et al. 2012	Identificar o relacionamento e as barreias estruturais ao tratamento.	Descritivo exploratório	Casais 25	EUA	Relação conjugal como fonte emocional e de apoio. Tratamento de apenas um parceiro não tem sucesso.
Fang, et al. 2013	Avaliar o **programa Parent-Child**.	ECR	Mães e filhas 108	EUA	Aumento da aproximidade, comunicação, regras.
Maycon RS, et al. 2013	Analisar a estrutura familiar dos usuários de crack por **genograma**.	Transversal	Famílias 15	Brasil	Há reprodução multi-geracional de comportamentos associados ao uso de drogas.
Szapocznik ,et al 2013	Mostrar o uso da **Terapia Estratégica Breve (TEB)**	Estudo de Caso	Família e adolescente 1	EUA	*TEB permite lidar com adolescentes envolvendo a família.
Schaub, et al. 2014	Examinar a Multidimensional Terapia Familiar (MDFT)	ECR	Adolescentes e pais 450	Europa Ocidental	MDFT é eficaz com usuários de altas taxas de sintomas de externalização
Li Li, et al. 2014	Explorar intervenção com **Ação Social e Teoria da Rede Social**	Caso Controle	Usuários com família 83	Vietnã	Baixa relação familiar proporciona maior severidade do uso. Intervenção melhor que a padrão.
Smeerdijk, et al. 2014	Viabilidade de **intervenção motivacional familiar (FMI)** X Routne Family Support (RFS)	ECR	Pais de usuários esquizofrênicos 97	Holanda	Os pais FMI mostraram maior adesão e competência do que RFS

Discussão

Na abordagem familiar, todas as pesquisas apontaram resultados significativos em relação à sua eficácia terapêutica. As ações observadas estão frequentemente voltadas para o fator motivacional, seguido da psicoeducação, comunicação, formação de habilidades para resolver problemas, funcionamento reflexivo, autonomia, domínios da vida, além da estrutura e relacionamento familiar.

A terapia familiar colabora, indicando que muitos dos problemas podem advir das relações humanas que cercam o indivíduo, principalmente da forma como o sujeito se relaciona com o que identifica como problema. Tendo por base os relacionamentos humanos, a abordagem terapêutica familiar baseia-se em alguns constructos, como a cibernética, a teoria dos sistemas, o construcionismo social e a teoria do apego.

Esse tipo de terapia, a familiar, é bem recente: nasceu na década de 50 do século XX, nos Estados Unidos. Apenas na década de 70 incorporou abordagens como a Terapia Multidimencional, que tem como um dos focos o trabalho com a questão das drogas[10]. Isso pode justificar o fato de a maioria dos estudos (61,1%) ter sido realizada nos Estados Unidos, correlacionando família e uso de drogas. Desse quantitativo, 45,45% referem-se a intervenções na população de origem hispânico-latina, asiática e africana, ou seja, os imigrantes que possivelmente vivenciam o estresse da aculturação e adaptação socioeconômica. Isso indica que pode existir uma forte relação entre o uso abusivo de drogas e fatores sociais.

Foi o que Hart (2014)[11], um neurocientista norte-americano e negro, de família imigrante afirmou, baseando-se na sua experiência de vida e em suas pesquisas científicas. Esse autor acredita que boa parte da utilização patológica de drogas é motivada por necessidades sociais não atendidas, sentimento de alienação e dificuldades de constituir vínculos. Ele afirma que o contexto e a disponibilidade de alternativas positivas são imprescindíveis para o indivíduo não estabelecer o uso problemático com as drogas.

Esse contexto relacional é importante, principalmente na fase da adolescência, pois esse ciclo de vida tem sido considerado como vulnerável para o início do uso de drogas. Isso pode justificar o fato de a maioria dos estudos encontrados nessa pesquisa (38,8%) voltar-se para essa população. A literatura aponta a ênfase dada aos recursos da família, o primeiro

grupo social do indivíduo, para previsão e prevenção do uso de substâncias na adolescência[12,13,14,15].

Ainda considerando que o homem é um ser social que interage com o seu meio, ou seja, que é influenciado por ele e influencia-o, e a família é o berço desse processo, muitos estudiosos têm percebido a relevância da abordagem sistêmica familiar para o tratamento de saúde. Esse é o caso das enfermeiras canadenses Leahey e Wright (2012)[16], que apresentaram o Método Calgary para avaliar as famílias e intervir nelas. Porém, como afirmam essas autoras, nenhuma estrutura teórica ou conceitual pode descrever adequadamente as complexas relações entre estrutura, função e processo familiares.

Assim, entre as ações para a abordagem envolvendo famílias no contexto da dependência química, a técnica motivacional aparece com maior frequência entre as mais utilizadas nas pesquisas analisadas. A literatura refere que a Motivational Interviewing (IM) tem apontado promessas peculiares, tanto individualmente como em grupos, para vários tipos de usuários com diferentes idades, de raças e etnias distintas, no tratamento da dependência química e tem apresentado resultados em curto e longo prazo. O espírito MI envolve colaborar, invocar razões/crenças para mudança interior da pessoa, afirmar autonomia com perguntas abertas, refletindo, afirmando e resumindo. Existe, inclusive, uma escala MI Integrity and Clinician Adherence and Competence Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI), Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) para avaliar o comportamento do facilitador, contemplando colaboração, empatia, evocação, autonomia/suporte e direção[17,18,19]. A MI indica a entrevista motivacional como intervenção inicial que precisa ser trabalhada, pois, sem motivação, é inviável o engajamento terapêutico, tanto individualmente como em grupo familiares.

No entanto, este estudo sugere uma análise mais aprofundada sobre cada ação e referencial teórico encontrado nesta pesquisa para melhor beneficiar a prática terapêutica, bem como indicar mais pesquisas nos locais de tratamento do dependente químico para conhecer melhor a realidade brasileira nessa temática. Apesar dessa cautela, pode-se considerar que a credibilidade dos achados nesta revisão deve ser considerada para o Brasil, já que lida com os sentimentos humanos que envolvem família e uso de drogas, os quais transcendem fronteiras.

Conclusão

As evidências científicas mostram que a abordagem sistêmica envolvendo a família no contexto da dependência química é uma tendência terapêutica, a cada dia, mais forte, sendo comprovada com resultados positivos e significativos. A terapia familiar vem sinalizando eficiência para trabalhar demandas advindas do uso abusivo de drogas. O fator motivacional mostra-se como a principal ação para iniciar de fato o processo terapêutico. No entanto, são necessárias mais pesquisas no Brasil, estudos que aprofundem os referenciais teóricos e as ações que envolvem o tratamento da dependência química incluindo os familiares, bem como pesquisas nos locais terapêuticos para conhecer-se melhor a realidade brasileira nesse aspecto.

A princípio, este estudo sinaliza a importância da família na terapêutica do dependente químico e, consequentemente, a relevância da prática profissional nesse contexto. Entretanto, este trabalho também considera a necessidade da implementação de políticas mais específicas que embasem a terapia familiar no tratamento do uso abusivo de drogas, a fim de colher melhores resultados terapêuticos.

Referências

1. Brasil. Ministério da Justiça do Brasil. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2005. [Internet]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php#II_lev_dom> Acesso em 07 jun. 2015.

2. Carranza BVV, Pedrão LJ. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. Rev Latino-am Enfermagem [periódicos na Internet]. 2005 [acesso em 22 jun. 2015]; 13 (número especial):836-44. Disponível em: file:///C:/Users/1234/Downloads/Satisfacci%C3%B3n%20personal%20del%20adolescente%20adicto%20a%20drogas%20en%20el%20ambiente%20familiar%20durante%20la%20fase%20de%20tra.pdf

3. Minayo MC, Schenker M. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciência & Saúde Coletiva [periódicos na Internet]. 2003 [acesso em 20 nov. 2014] 8(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a22v08n1.pdf

4. Ingberman KY, Guimarães ABP, Hochgraf BP, Brasiliano S. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. Rev Psiq Clín. [periódicos da Internet]. 2009. [acesso em 19 jul. 2014] 36(2):69-74 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n2/05.pdf

5. Paz FM, Colassi. PM Aspectos da dinâmica da família com dependência química. Estudos de Psicologia. [periódico da Internet] 2013 [acesso em 06 jun. 2015] 18(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a02v18n4.pdf

6. Rowe, Cynthia L. Family therapy for drug abuse: review and updates 2003–2010. Journal of Marital and Family Therapy. [periódicos da Internet] 2012. [acesso em 06 jun. 2015]. 38(1) Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22283381

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtornos mental e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na Internet]. [acesso em 20 abr. 2015] Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 27 jul. 2014.

8. Kantorski LP, Duarte MLC**.** Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. Revista Brasileira de Enfermagem [periódico da Internet]. 2011 [acesso em 15 jun. 2015] 64(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100007&script=sci_arttext

9. Souza MT, Carvalho R, Silva MD. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [periódicos da Internet] 2010 [acesso em 2 abr. 2015] 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf

10. Nichols MP, Schwartz RC. Terapia Familiar. Conceitos e Métodos. 7ª Edição. Porto Alegre. Artmed; 2007. 21-27; Pag.100-112.

11. Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro. Zahar; 2014, p. 96-100.

12. Frantz D, Câmara SG, Birck C, Chinazzo IR. Prevalência de consumo de drogas lícitas e ilícitas por sexo e idade de escolares de oitava série do ensino fundamental de Porto

Alegre/RS. XII Salão de Iniciação Científica PUCRS. [Internet] 2011. [acesso em 19 jun. 2015]. Disponível em: http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/SIC/XII/XII/6/7/7/1/10.pdf

13. Marques ACPR, Cruz, MS. O adolescente e o uso de drogas. Rev Bras Psiquiatr. [periódico da Internet] 2000. [acesso em 15 jun. 2015] 22(Supl II):32-6. Disponível em: file:///C:/Users/1234/Downloads/Marques_et_al-2000 Revista_Brasileira_de_Psiquiatria%20(1).pdf

14. Bernardy CCF, Oliveira MF. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. Rev. esc. enferm. USP [periódico da Internet] 2010. [acesso em 15 jun. 2015] 44(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000100002

15. Hermovich V, Crano WD, Lac A. Understanding Early-Onset Drug and Alcohol Outcomes among Youth: The Role of Family Structure, Social Factors, and Interpersonal Perceptions of Use. NIH Public Access. [periódico da Internet] 2011. [acesso em 15 jun. 2015] 16(3). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21491334

16. Wright LM, Leahey ML. Enfermeiras e Famílias. Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 5ª ed. São Paulo. Editora Roca, 2012, p. 21.

17. D'Amico EJ, Osilla KC, Ewing AB, Miles JNV, Hunter SB. A Randomized Controlled Trial of a Group Motivational Interviewing Intervention for Adolescents with a First Time. NIH Public Access [periódicos da Internet]. 2013 Nov. [acesso em 19 jun. 2015]; 45(5). Disponível em: file:///C:/Users/1234/Downloads/nihms498544.pdf

18. Stein LA, Clair M, Lebeau R, Colby SM, Barnett NP, Golembeske C et al. Motivational interviewing to reduce substance-related consequences: effects for incarcerated adolescents with depressed mood [periódico da Internet]. 2011 Nov [acesso em 19 jun. 2015]; 118(2-3). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153560/pdf/nihms287389.pdf

19. Smeerdijk M, Keet R, Dekker N, van Raaij B, Krikke M, Koeter M, et al. Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled Trial [periódicos na Internet]. 2011 Aug [acesso em 19 jun. 2015]; 42(8). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152121

5 MÉTODO

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo que utilizou a abordagem quantitativa; um método que possibilitou quantificar estatisticamente os resultados obtidos nas pontuações das escalas aplicadas à pesquisa. Os resultados dos escores revelou a atual percepção do dependente químico sobre o suporte familiar e sua relação com o uso de drogas.

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade do Recife. Atualmente, o Recife conta com seis centros para tratamento de álcool e drogas, um para cada distrito sanitário, oferecendo atendimentos nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva aos pacientes em tratamento da dependência química (BRASIL, 2014a). Como esta pesquisa estabeleceu como critério de inclusão o trabalho com pacientes maiores de dezoito anos, o CAPS AD Luiz Cerqueira não entrou na pesquisa por atender apenas o público de criança e adolescentes.

Os locais da pesquisa foram os seguintes: CAPS AD Eulâmpio Cordeiro, localizado no Zumbi; Professor José Lucena, situado na Imbiribeira; Espaço Vicente de Araújo, que fica no Torreão; René Ribeiro, que se encontra em Afogados; e Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo (CPTRA), que se situa no bairro da Tamarineira (BRASIL, 2014).

5.3. Seleção dos voluntários do estudo

Foram convidados a participarem desta pesquisa os voluntários que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo e estavam sendo atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas da cidade do Recife. A fim de quantificar o número de pacientes em atendimento no CAPS AD para o cálculo amostral da pesquisa, a pesquisadora entrou em contato com os respectivos regentes dos CAPS AD de Recife e obteve a informação do quantitativo de pacientes que estavam em atendimento, o que totalizou 547

pacientes. Para a determinação do tamanho da amostra da pesquisa, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para variável nominal em população finita dada por:

$$n = \frac{z^2 pqN}{d^2(N-1) + z^2 pq}$$

Em que

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção de pacientes com boa percepção acerca do suporte familiar (p = 0,5);

q = proporção de pacientes com má percepção acerca do suporte familiar (q = 1 – p = 0,5);

d = erro amostral;

N = número total de pacientes cadastrados nos CAPS AD (N = 547)

Considerando-se um nível de confiança de 95%, o erro amostral de 5% e o número de pacientes igual a 547, tem-se que o tamanho amostral necessário foi de 226 pacientes. A coleta de dados ocorreu de forma estratificada, de acordo com o número total de pacientes cadastrado em cada CAPS AD. Abaixo segue a tabela com o número de elementos da amostra, segundo o CAPS AD.

Tabela 1: Descrição amostral dos voluntários em atendimento nos CAPS ADs/Recife, no mês de agosto de 2014

CAPS AD	**Número de pacientes em atendimento**	**Amostra**
Vicente de Araújo	85	35
Eulâmpio Cordeiro	172	72
CPTRA	110	45
René Ribeiro	70	29
Jose Lucena	110	45
Total	547	226

No estudo de Mendes et al. (2011), que teve como objetivo identificar a Percepção do Suporte Familiar em idosos de baixa renda e os fatores associados, a amostra foi de 235 participantes, que se aproxima desse estudo.

Além disso, foi realizado, com 56 pacientes, um teste piloto por meio do qual foi estimada uma prevalência de pacientes com boa percepção acerca do suporte familiar igual a 0,23. O cálculo do tamanho da amostra foi refeito, considerando-se esta prevalência encontrada no projeto piloto e os parâmetros previamente utilizados. No novo cálculo, foi indicado um número mínimo de 182 pacientes para a composição da amostra, porém optou-se por continuar com a amostra de 226 pacientes a fim de alcançar-se uma amostra com relevância maior.

5.4. Critérios de inclusão

Foram elegíveis

- os usuários que possuíam idade acima de 18 anos;
- os usuários em tratamento no CAPS AD.

Para a participação no estudo, os usuários somente foram avaliados mediante o preenchimento prévio e voluntário do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

5.5 Critérios de exclusão

Foram considerados inelegíveis

- usuários não alfabetizados;
- usuários que apresentaram alteração das funções psíquicas, como discurso sem nexo e alucinações, pois, como existe uma frequência de comorbidades psiquiátricas e uso de drogas, foi levado em conta o estado mental do paciente no momento da entrevista.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento estruturado pela pesquisadora para coletar os dados do perfil pessoal – como sexo, idade, estado civil, profissão (Apêndice A) – e dois outros instrumentos: um no formato de formulário estruturado quantitativamente, o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). Para a utilização do IPSF foi contado com a colaboração da psicóloga Drª Reginte Cavalcanti devidamente cadastrada no conselho regional de psicologia. O segundo instrumento utilizado, no formato de questionário, foi o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).

5.6.1 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)

Formulado e validado no Brasil por Baptista (2005), o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) consiste em uma escala que avalia o apoio da família. Esse Inventário está baseado em instrumentos de suporte internacionais, como o Family Adaptability and Cohesion Evaluation Sacle (faces III). de Olson, Portner e Lavee; o Family Awareness Scale (FAZ), de Green, Kolevzon e Vozler; o Family Assessment Device (FAD), de Epstein, Baldwin Bishop; o Parental Bonding Instrument (PBI), de Parker, Tupling e Brown; e um instrumento nacional, o Questionário de Estilos Parentais de Gomide (BAPTISTA, 2005).

O instrumento IPSF é composto por 42 itens com questões do tipo *likert* de três pontos, em que "nunca" vale 0, "quase nunca" vale 1 e "quase sempre", 2. As perguntas são divididas em três dimensões. A primeira, a afetivo-consistente, envolve vínculos emocionais com afetividade verbal e não verbal, acolhimento, capacidade de resolução de problemas, consistência de comportamento, interesse. A segunda dimensão, a adaptação familiar, refere-se aos sentimentos negativos em relação à família, como raiva, isolamento, exclusão, indicando ausência de adaptação no grupo familiar. Essa dimensão é pontuada de forma invertida para efeito de análise, ou seja, quando pontuada 0, vale 2; quando 1, vale 1; e, quando 2, vale 0 para a correção dos valores negativos. A terceira dimensão é autonomia que diz respeito a questões de liberdade, privacidade e confiança entre os membros da família. No final da avaliação, quanto maior a pontuação, maior o nível de suporte familiar percebido pelo sujeito (BAPTISTA, 2007).

5.6.2 Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias/ *Alcohol, Smoeking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)

Trata-se de um instrumento desenvolvido em um projeto multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS) com versão em português utilizado no Brasil para detecção do uso abusivo de drogas. É um questionário estruturado com oito questões sobre uso de drogas em nove classes de substâncias psicoativas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulante, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. Aborda, nas questões, a frequência de uso (na

vida e nos últimos três meses), problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de quem está próximo ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável.

Cada resposta tem um escore que varia de 0 a 4, sendo que a soma total varia de 0 a 20. A pontuação de 0 a 3 indica uso ocasional; de 4 a 15, uso abusivo; e maior que 16, sugestão de dependência (HENRIQUE; et al, 2004) .

5.7 Procedimentos

A pesquisa só teve início após a autorização da diretoria e chefia da instituição nas quais aconteceu a pesquisa. Essa autorização se deu por meio de carta de anuência, exigida pelo Comitê de Ética.

A coleta de dados ocorreu a partir da aplicação dos instrumentos pela pesquisadora e de uma voluntária treinada pela mestranda. Realizou-se em sala reservada, num tempo estimado de quinze a trinta minutos para cada voluntário, sem interferências externas que interrompessem a entrevista ou comprometessem a privacidade dos voluntários.

Para o preenchimento do formulário do IPSF, foi realizada a leitura e possíveis esclarecimentos sobre as perguntas contidas nesse instrumento. Os entrevistados preferiram que fossem feita as perguntas ao invés de lerem e responderem sozinhos os instrumentos, com exceção de cinco voluntários que optaram pela segunda alternativa. A coleta só foi iniciada após a orientação e esclarecimento da pesquisa e a assinatura pelo voluntario do Termo Livre e Esclarecido.

5.7.1 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, no qual foi realizada dupla digitação para validação dos dados. O banco criado foi exportado para o *software* SPSS, versão 18, em que foi realizada a análise.

A fim de avaliar-se o perfil pessoal e clínico dos pacientes participantes, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. Para as

variáveis quantitativas, foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão.

A avaliação do suporte familiar foi feita por meio do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), e o padrão de consumo de droga foi avaliado por meio do Alcohol, Smoeking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). A normalidade do escore calculado a partir do IPSF foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. No caso da indicação de normalidade, a comparação do IPSF entre dois grupos com o perfil pessoal e com o padrão de consumo de droga (ASSIST) foi feita por meio do teste T-Student, e a partir do teste da ANOVA, quando a comparação se deu entre três ou mais grupos. Todas as conclusões foram inferidas considerando-se o nível de significância de 5%.

Os resultados foram discutidos preferencialmente a luz do referencial teórico de Calgary, o qual convida o enfermeiro para avaliar e intervir na família como unidade do cuidado de enfermagem.

5.8 Aspectos éticos

O estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-CCS/UFPE) e aprovado com o CAAE 38032814.0.0000.5208, em cumprimento à Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Essa Resolução trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, deixando-os livres para participarem do estudo e cientificando-os de que poderiam sair do estudo caso achassem oportuno (BRASIL, 2012).

5.9 Riscos e benefícios

O presente estudo foi considerado com riscos mínimos, pois, apesar de não envolver procedimentos fisicamente invasivos, poderia provocar algum constrangimento relacionado ao fato de o voluntário ter que discorrer sobre assuntos de cunho familiar e pessoal. Como forma de minimizar esse constrangimento, as entrevistas foram realizadas individualmente e em ambiente previamente reservado.

Como benefícios, vislumbrou-se contribuir com a melhoria do planejamento terapêutico nos CAPS AD, considerando-se a relevância da família no tratamento. Entendeu-

se, ainda, que esta pesquisa poder favorecer as possibilidades do cuidado no tratamento da dependência química, buscando integrar paciente e família com suas singularidades. Além disso, considera-se que este estudo incentivará outros que contribuirão com o cuidado numa abordagem sistêmica nos CAPS AD.

Para o voluntário, julga-se que o estudo trouxe benefícios na medida em que promoveu um momento reflexivo sobre a sua relação com as drogas e o seu suporte e relacionamento familiar no momento da entrevista.

Os dados coletados nesta pesquisa (questionários e formulários) estão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Hospital das Clínicas, Bloco A, Cidade Universitária, 50670-420, Recife – PE, durante o período mínimo de 5 anos.

6 RESULTADOS

Na Tabela 2, tem-se a distribuição do perfil pessoal dos voluntários avaliados. Observando-a, verifica-se que a maioria dos pacientes é do sexo masculino (86,7%), possui idade entre 41 a 50 anos (31,4%), é solteira (44,6%), de cor morena (34,4%), declara-se católica (54,5%), tem até o ensino fundamental incompleto (39,3%), trabalha informalmente (41,4%), possui renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (53,5%), mora sozinha (25,7%) e considera a mãe como a pessoa de maior vínculo afetivo (20,0%).

Ainda se observa que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores descritos, indicando que o perfil apresentado é relevantemente mais frequente nos Centros de Atenção Psicossocial avaliados.

Tabela 2. Perfil pessoal dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/ Recife, dezembro 2014 a março de 2015.

Fator avaliado	N	%	p-valor[1]
Sexo			
Masculino	195	86,7	<0,001
Feminino	30	13,3	
Idade			
18 a 30	37	16,6	
31 a 40	51	22,9	
41 a 50	70	31,4	<0,001
51 a 60	48	21,5	
Acima de 60	17	7,6	
Mínimo	18		-
Máximo	74		-
Média ± Desvio padrão	43,6±12,0		-

Tabela 2. Perfil pessoal dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/ Recife, dezembro 2014 a março de 2015 (cont.)

Solteiro	99	44,6	
Casado/união estável	68	30,6	<0,001
Viúvo	6	2,7	
Divorciado/separado	49	22,1	
Raça autodeclarada			
Negro	28	14,4	
Branco	41	21,0	
Pardo/mulato	52	26,7	<0,001
Amarela	6	3,1	
Indígena	1	0,5	
Moreno	67	34,4	
Religião			
Católico	116	54,5	
Evangélico	69	32,4	<0,001
Espírita	15	7,0	
Outros	13	6,1	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	86	39,3	
Fundamental completo	24	11,0	
Médio incompleto	38	17,4	<0,001
Médio completo	55	25,1	
Superior incompleto	9	4,1	
Superior completo	7	3,2	
Situação profissional			
Trabalho Formal	66	29,3	
Trabalho Informal	93	41,4	
Não trabalha			<0,001
	66	29,3	

Tabela 2. Perfil pessoal dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/ Recife, dezembro 2014 a março de 2015 (cont.)

Renda familiar			
Menos do que um SM	53	24,7	<0,001
1 a menos de 2 SM	115	53,5	
2 a menos de 3 SM	30	14,0	
4 a 5 SM	8	3,7	
Maior que 5 SM	9	4,2	
Com quem mora*			
Sozinho	58	25,7	-
Esposo(a)	23	10,2	
Irmão(ã)	16	7,1	
Filho e esposo(a)	15	6,6	
Mãe	14	6,2	
Pai e mãe	10	4,4	
Parente de maior vínculo afetivo*			
Mãe	45	20,0	-
Irma	40	17,8	
Amigo/vizinho(a)	32	14,2	
Esposa/marido	30	13,3	
Filha/filho	25	11,1	

[1] p-valor do teste Qui-Quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05, as proporções diferem significativamente).
*Categorias mais frequentes – Teste não aplicado.

Na Tabela 3, vê-se a distribuição do perfil clínico dos voluntários avaliados. A partir dela, verifica-se que a maioria dos pacientes iniciou o uso das drogas entre 13 e 18 anos (57,1%). Apesar de representar pouco mais que a metade, a maioria dos pacientes relatou que os familiares participam do tratamento (50,5%). Dos que participam do tratamento, verificou-se uma participação frequente e significativa da família (42,0%). O familiar que mais acompanha o paciente é a mãe (13,3%).

O teste de comparação de proporção foi significativo nos seguintes fatores: idade do início do uso de drogas (p-valor < 0,001) e frequência de participação do familiar ao tratamento (p-valor 0,016), indicando que a adolescência é relevantemente a faixa etária com maior risco ao uso das drogas e dos familiares participantes do tratamento a maioria é frequente.

Tabela 3. Perfil clínico dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/ Recife, dezembro 2014 a março de 2015.

Fator avaliado	n	%	p-valor[1]
Idade do início do uso de drogas			
7 a 12	47	20,8	<0,001
13 a 18	129	57,1	
19 a 30	43	19,0	
31 ou mais	7	3,1	
Mínimo	7		-
Máximo	67		-
Média ± Desvio padrão	16,3±6,5		-
Participação dos parentes no tratamento			
Sim	112	50,5	0,893
Não	110	49,5	
Frequência de participação do familiar no tratamento na unidade			
Sempre	42	42,0	0,016
Às vezes	38	38,0	
Quase nunca	20	20,0	

Tabela 3. Perfil clínico dos voluntários avaliados nos CAPS ADs/ Recife, dezembro 2014 a março de 2015 (Cont.)

Familiar que participa do tratamento*			
Mãe	30	13,3	-
Esposa/companheira	26	11,5	
Irmã	23	10,2	
Filha	8	3,5	

[1]p-valor do teste Qui-Quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05, as proporções diferem significativamente).
*4 Categorias familiares mais frequentes – Teste não aplicado.

A Tabela 4 traz a classificação do escore percentual do inventário de percepção do suporte familiar (IPSF), geral e segundo as dimensões avaliadas. Analisando-a, verifica-se que, no geral, a maioria dos pacientes percebe um suporte familiar baixo (97 pacientes, 42,9%) e que tal prevalência é significativamente maior do que as demais classificações (p-valor < 0,001).

Na subdivisão do IPSF, as dimensões afetivo-consistente e adaptação familiar apresentaram maior prevalência de IPSF baixo (29,2% e 58,4%, respectivamente), sendo significativa essa prevalência apenas no grupo de adaptação familiar (p-valor < 0,001). Na dimensão autonomia familiar, a maior prevalência foi do IPSF médio-baixo (32,7%). O teste de comparação de proporção na dimensão de autonomia familiar foi significativo (p-valor = 0,020), indicando que o número de pacientes com nível médio-baixo de autonomia familiar é relevantemente maior. Na avaliação da homogeneidade da distribuição do IPSF entre as dimensões avaliadas, o teste apresentou-se significativo (p-valor < 0,001), indicando que a distribuição do IPSF se dá de maneira diferenciada entre as dimensões.

Tabela 4. Classificação do escore percentual do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), segundo as dimensões, dos voluntários dos CAPS ADs/Recife, dezembro 2014 a março 2015.

Classificação	Dimensão avaliada			p-valor	IPSF
	Afetivo consistente	Adaptação familiar	Autonomia familiar		
Baixo	66(29,2%)	132(58,4%)	60(26,5%)	<0,001	97(42,9%)
Médio-baixo	51(22,6%)	39(17,3%)	74(32,7%)		59(26,1%)
Médio-alto	48(21,2%)	25(11,1%)	43(19,0%)		33(14,6%)
Alto	61(27,0%)	30(13,3%)	49(21,7%)		37(16,4%)
p-valor[2]	0,287	<0,001	0,020	-	<0,001

[1]p-valor do teste Qui-Quadrado para homogeneidade (se p-valor < 0,05, a distribuição da classificação difere significativamente entre as dimensões avaliadas).
[2] p-valor do teste Qui-Quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05, a prevalência de IPSF baixo, médio-baixo, médio-alto e alto difere no domínio avaliado).

Na tabela 5 temos a distribuição da classificação do IPSF segundo os CAPS ADs avaliados. Observa-se que o CAPS AD Vicente de Araujo foi o que apresentou maior prevalência de baixa classificação do IPSF (53,0%), seguido de José Lucena (46,7%) e EULAMPIO (40,3%)

Tabela 5. Distribuição da classificação do IPSF segundo os CAPS ADs/Recife avaliados em dezembro 2014 a março 2015.

CAPS	Baixo	Baixo-médio	Médio-alto	Alto
CPTRA	8(40,0%)	14(31,1%)	6(13,3%)	7(15,6%)
EULAMPIO	29(40,3%)	21(29,2%)	7(9,7%)	15(20,8%)
JOSE LUCENA	21(46,7%)	10(22,2%)	11(24,4%)	3(6,7%)
RENE RIBEIRO	11(36,7%)	6(20,0%)	6(20,0%)	7(23,3%)
VICENTE DE ARAUJO	18(53,0%)	8(23,5%)	3(8,8%)	5(14,7%)

Na tabela 6 temos a distribuição de frequência das atividades avaliadas no IPSF. Observa-se que em todas as questões avaliadas houve maior prevalência em alguma categoria.

Ainda, o teste de comparação de proporção foi significativo em todas as questões avaliadas, exceto na questão: Em minha família brigamos e gritamos uns com ou outros (p-valor = 0,911), indicando que o número de pessoas avaliadas que quase nunca, às vezes e quase sempre realizam esta atividade é idêntico.

Tabela 6. Distribuição de frequência das atividades avaliadas no Inventário de Percepção do Suporte Familiar dos voluntários dos CAPS ADs/Recife, dezembro 2014 a março 2015.

Questão avaliada	Frequência			p-valor
	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre/sempre	
Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que outras famílias	115(50,9%)	40(17,7%)	71(31,4%)	<0,001
As pessoas da minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.	101(44,7%)	31(13,7%)	94(41,6%)	<0,001
Há regras sobre diversas situações na minha família	86(38,1%)	27(11,9%)	113(50,0%)	<0,001
Meus familiares me elogiam	54(23,9%)	97(42,9%)	75(33,2%)	0,002
Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades especificas	41(18,1%)	37(16,4%)	148(65,5%)	<0,001
Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens	123(54,4%)	28(12,4%)	75(33,2%)	<0,001
Eu sinto raiva da minha família	145(64,2%)	55(24,3%)	26(11,5%)	<0,001
Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros	78(34,7%)	73(32,4%)	74(32,9%)	0,911
Os membros de minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros	70(31,0%)	47(20,8%)	109(48,2%)	<0,001

Tabela 6. Distribuição de frequência das atividades avaliadas no Inventário de Percepção do Suporte Familiar dos voluntários dos CAPS ADs/Recife, dezembro 2014 a março 2015 (cont.)

Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero	26(11,5%)	22(9,7%)	178(78,8%)	<0,001
Minha família discute seus medos e preocupações	68(30,1%)	50(22,1%)	108(47,8%)	<0,001
Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a)	56(24,8%)	23(10,2%)	147(65,0%)	<0,001
Eu me sinto como um estranho na minha família	110(48,7%)	43(19,0%)	73(32,3%)	<0,001
Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero	38(16,8%)	31(13,7%)	157(69,5%)	<0,001
As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas	53(23,4%)	54(23,9%)	119(52,7%)	<0,001
Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem	76(33,6%)	45(19,9%)	105(46,5%)	<0,001
Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante	73(32,3%)	40(17,7%)	113(50,0%)	<0,001
Em minha família tem privacidade	50(22,1%)	16(7,1%)	160(70,8%)	<0,001
Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser	87(38,5%)	25(11,1%)	114(50,4%)	<0,001
Há ódio em minha família	141(62,4%)	38(16,8%)	47(20,8%)	<0,001
Eu sinto que minha família não me compreende	66(29,2%)	59(26,1%)	101(44,7%)	0,001
Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levado em consideração	72(31,9%)	36(15,9%)	118(52,2%)	<0,001

Tabela 6. Distribuição de frequência das atividades avaliadas no Inventário de Percepção do Suporte Familiar dos voluntários dos CAPS ADs/Recife, dezembro 2014 a março 2015 (cont.)

As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando	59(26,1%)	36(15,9%)	131(58,0%)	<0,001
Os membros da minha se tocam e se abraçam	51(22,5%)	53(23,5%)	122(54,0%)	<0,001
Minha família me proporciona muito conforto emocional	56(24,8%)	42(18,6%)	128(56,6%)	<0,001
Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a)	105(46,5%)	38(16,8%)	83(36,7%)	<0,001
Viver com minha família é desagradável	129(57,1%)	29(12,8%)	68(30,1%)	<0,001
Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem estar de cada um	43(19,0%)	55(24,3%)	128(56,7%)	<0,001
Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente	54(23,9%)	45(19,9%)	127(56,2%)	<0,001
Em minha família há coerência entre as palavras e os comportamentos	57(25,2%)	63(27,9%)	106(46,9%)	<0,001
Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência	28(12,4%)	29(12,8%)	169(74,8%)	<0,001
Em minha família há competitividade entre os membros	111(49,1%)	27(11,9%)	88(38,9%)	<0,001
Eu sinto vergonha da minha família	178(78,8%)	17(7,5%)	31(13,7%)	<0,001
Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer	65(28,8%)	52(23,0%)	109(48,2%)	<0,001
Em minha família demonstramos carinho através das palavras	59(26,1%)	62(27,4%)	105(46,5%)	<0,001

Tabela 6. Distribuição de frequência das atividades avaliadas no Inventário de Percepção do Suporte Familiar dos voluntários dos CAPS ADs/Recife, dezembro 2014 a março 2015 (cont.)

Minha família me irrita	94(41,8%)	73(32,4%)	58(25,8%)	0,013
Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros	43(19,0%)	62(27,4%)	121(53,6%)	<0,001
Minha família me dá a liberdade quanto quero	41(18,1%)	38(16,8%)	147(65,1%)	<0,001
Eu me sinto excluído da família	117(51,8%)	43(19,0%)	66(29,2%)	<0,001
Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim	50(22,1%)	35(15,5%)	141(62,4%)	<0,001
Meus familiares servem como bons modelos em minha vida	45(19,9%)	34(15,0%)	147(65,1%)	<0,001
As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras	46(20,4%)	37(16,3%)	143(83,3%)	<0,001

A Tabela 7 expõe a distribuição do padrão de consumo de droga. Por meio dela, verifica-se que, quanto ao tabaco, ao álcool, à maconha e à cocaína, o padrão de uso mais prevalente foi o sugestivo de abuso (57,9%; 51,6%; 50,6 e 56,5%, respectivamente). Em relação à anfetamina, ao sedativo, aos alucinógenos e aos opiáceos, a maior prevalência foi do uso ocasional (2,4%; 2,1%; 0,9% e 0,6%, respectivamente).

Na categoria de drogas inalantes, a maior frequência do padrão de uso sugere dependência (36,8%). Mesmo sendo verificado esse padrão de uso, o teste de comparação de proporção foi significativo nas seguintes drogas: tabaco (p-valor < 0,001), álcool (p-valor < 0,001), maconha (p-valor = 0,004) e cocaína (p-valor < 0,001).

Tabela 7. Distribuição do padrão de consumo de droga dos voluntários dos CAPS ADs/ Recife, dezembro 2014 a março 2015.

Droga	n(%)	Padrão de uso			p-valor
		Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de dependência	
Álcool	192(35,9)	22(11,5%)	99(51,6%)	71(37,0%)	<0,001
Tabaco	140(26,2)	10(7,1%)	81(57,9%)	49(35,0%)	<0,001
Maconha	83(15,5)	20(24,1%)	42(50,6%)	21(25,3%)	0,004
Cocaína/Crack	69(12,9)	7(10,1%)	39(56,5%)	23(33,3%)	<0,001
Inalante	19(3,9)	6(31,6%)	6(31,6%)	7(36,8%)	0,949
Anfetamina	13(2,4)	8(61,5%)	3(23,1%)	2(15,4%)	0,092
Sedativos	11(2,1)	6(54,5%)	4(36,4%)	1(9,1%)	0,178
Alucinógenos	5(0,9)	3(60,0%)	2(40,0%)	0(0,0%)	0,655
Opiáceos	3(0,6)	2(66,7%)	1(33,3%)	0(0,0%)	0,564

Na Tabela 8, estão as médias do IPSF segundo o padrão de consumo de drogas. Observando-as, verifica-se que, em todas as drogas utilizadas, existe uma relação inversamente proporcional entre o padrão de uso e o IPSF, exceto no álcool e na anfetamina, em que o grupo com padrão sugestivo de abuso foi o que apresentou maior média de IPSF (média = 57,0 e 50,0, respectivamente). O teste de comparação de médias foi significativo apenas no uso de álcool (p-valor = 0,004), indicando que o grupo com uso sugestivo de abusivo para o álcool possui uma percepção significativamente maior do suporte familiar do que os pacientes que consomem ocasionalmente ou que apresentam um comportamento sugestivo de dependência dessa droga.

Quanto ao tabaco e à cocaína, verificou-se grande proximidade da significância (p-valor = 0,057 e 0,090, respectivamente), indicando uma leve relação do padrão de uso da droga com o grau de suporte familiar.

Tabela 8. Médias do Inventário de Percepção do Suporte Familiar segundo o padrão de consumo de drogas dos voluntários dos CAPS ADs/Recife, dezembro 2014 a março 2015.

Droga utilizada	N(%)	IPSF	IC(95%)	p-valor
Tabaco				
Uso ocasional	10(7,1)	62,1±13,2	52,6 – 71,6	
Sugestivo de abuso	81(57,9)	53,5±16,0	49,9 – 57,0	0,057[1]
Sugestivo de dependência	49(35,0)	48,9±18,4	43,6 – 54,2	
Álcool				
Uso ocasional	22(11,5)	53,7±14,1	47,4 – 59,9	
Sugestivo de abuso	99(51,6)	57,0±14,9	53,9 – 59,9	0,004[1]
Sugestivo de dependência	71(37,0)	48,6±17,3	44,5 – 52,7	
Maconha				
Uso ocasional	20(24,1)	52,8±15,0	45,8 – 59,9	
Sugestivo de abuso	42(50,6)	52,0±17,2	46,6 – 57,3	0,841[1]
Sugestivo de dependência	21(25,3)	50,0±16,1	42,6 – 57,3	
Cocaína				
Uso ocasional	7(10,1)	58,7±11,5	48,1 – 69,4	
Sugestivo de abuso	39(56,5)	52,2±16,4	46,9 – 57,6	0,090[1]
Sugestivo de dependência	23(33,3)	45,0±16,2	38,0 – 52,1	
Anfetamina				
Uso ocasional	8(61,5)	43,0±12,8	32,3 – 53,7	
Sugestivo de abuso	3(23,1)	50,0±15,9	10,6 – 89,4	0,704[1]
Sugestivo de dependência	2(15,4)	41,5±9,2	0,0 – 124,1	
Inalante				
Uso ocasional	6(31,6)	56,8±15,1	40,9 – 72,7	
Sugestivo de abuso	6(31,6)	49,5±8,2	40,8 – 58,2	0,165[1]
Sugestivo de dependência	7(36,8)	42,3±14,3	29,1 – 55,5	
Sedativos				
Uso ocasional	6(54,5)	46,3±17,9	27,5 – 65,1	
Sugestivo de abuso	4(36,4)	39,2±9,0	25,0 – 53,5	0,719[1]
Sugestivo de dependência	1(9,1)	37,0	-	

Tabela 8. Médias do Inventário de Percepção do Suporte Familiar segundo o padrão de consumo de drogas dos voluntários dos CAPS ADs/Recife, dezembro 2014 a março 2015 (cont.)

Alucinógenos				
Uso ocasional	3(60,0)	60,7±11,0	33,3 – 88,0	0,101[2]
Sugestivo de abuso	2(40,0)	40,5±5,0	0,0 – 85,0	
Opiáceos				
Uso ocasional	2(66,7)	58,0±14,1	0 – 185,1	-
Sugestivo de abuso	1(33,3)	35,0	-	

[1] p-valor do teste de ANOVA (se p-valor < 0,05, pelo menos uma das médias difere significativamente).
[2] p-valor do teste T-Student.

7 DISCUSSÃO

Assim como indica a literatura, para os voluntários analisados nos CAPS ADs/ Recife, o início do uso de drogas se deu significativamente na adolescência (FRANTZ; et al, 2011; BERNARD; OLIVEIRA, 2010). O segundo levantamento nacional relativo ao uso de álcool e drogas, realizado em 2012, faz menção à precocidade do início do uso de drogas, principalmente do álcool, tanto para homens como para mulheres. Isso indica essa faixa etária como a de maior risco para o início de uso de drogas. Além disso, observa-se uma tendência cada vez mais precoce do uso de psicoativos.

O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas correlaciona-se à presença de sinais de negligência, abandono, agressão física e falta de diálogo familiar. Foi o que verificaram Bernardy e Oliveira (2010), ao estudarem jovens cumprindo medidas socioeducativas. Além disso, destacam os autores que a cultura do uso de drogas no ambiente familiar foi determinante para a iniciação do uso abusivo de drogas.

No entanto, apesar da precocidade do início do uso, marcante na adolescência, a faixa etária dos voluntários em tratamento encontrada nos CAPS ADs, Recife, foi significativamente de 41 a 50 anos, o que pode indicar que muitos jovens não estão em tratamento, ou ainda que o indivíduo, na maioria das vezes, procura o tratamento apenas quando percebe os prejuízos advindos do uso abusivo de drogas, e isso geralmente ocorre após ter vivenciado um período de experiências mal sucedidas, colecionadas na faixa etária dos quarenta a cinquenta anos.

Santos e Martins (2009), em estudo com cuidadores de alcoolista, afirma que o alcoolismo apenas foi reconhecido como uma doença quando os malefícios trazidos pelo uso excederam todos os limites e extrapolaram todas as amplas possibilidades do que pôde ser suportável. Entre a identificação das primeiras manifestações dos problemas e o reconhecimento da doença, transcorrem anos e, geralmente, apenas é considerada doença no momento em que o usuário necessita de internação hospitalar.

Assim como se observou nos CAPS ADs, Recife, Seend e Oliveira (2009) também identificaram que o álcool é a droga mais prevalente na população em tratamento da dependência química. Além disso, esses autores ainda afirmam que a cultura permissiva do álcool é um dos principais motivos de a busca de tratamento ser postergada.

O estudo de Lili e colaboradores (2014), que buscou compreender o contexto familiar e seu impacto sobre usuários de drogas injetáveis no Vietnã, observou que todos os participantes eram homens e a maioria dos membros da família recrutados na amostra eram mulheres, o nível das relações familiares era baixo e estava relacionado ao uso abusivo de drogas. Esses resultados condizem com os desta pesquisa, pois, quando os voluntários foram questionados se algum familiar participava de seu tratamento no CAPS AD, eles revelaram que, dentre os que participam, a pessoa mais presente é a mãe, seguida da esposa, irmã e filha, o que indica uma forte presença do gênero feminino no cuidado dessa população. Além disso, o sexo masculino mostra prevalência na população do CAPS ADs/Recife, em concordância com a pesquisa nacional sobre uso de *crack* realizada em 2014.

O suporte familiar percebido pelos voluntários dos CAPS ADs foi classificado, de uma forma geral, como baixo, constatação que condiz com os achados de Lemos e colaboradores (2012), que verificaram ser o baixo suporte familiar significativamente associado ao uso de álcool e drogas. Os autores estudaram o suporte familiar e a relação com sintomas de desesperança, depressão e ansiedade em voluntários dependentes químicos.

O baixo suporte familiar foi entendido como um possível marcador social para o uso de drogas. Sugerem ainda esses autores que o baixo suporte familiar percebido pelos dependentes químicos pode ter relação com a estigmatização social desses usuários e a rejeição pela família, consequências de problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Sead e Oliveira (2009), por sua vez, ressaltam que existe uma tendência de esgotamento dos membros da rede social dos usuários de drogas em consequência do comportamento de cuidados gerados por essa doença crônica. Os familiares dos dependentes químicos desenvolvem sentimentos de esgotamento, decepção e por vezes até o desejo de desistir de investir no tratamento. Além disso, a maioria dos adictos assume um comportamento que contribui para o isolamento individual, o que reduz a sua rede social a pares de usuários numa subcultura da droga. Essa redução da rede muitas vezes é semelhante e simultânea ao processo de isolamento familiar, o que vai repercutir no suporte familiar dessa população.

Isso pode ter relação com a baixa adaptação familiar e a autonomia familiar. Uma vez que a maioria significativa da população estudada nos CAPS ADs/Recife mora sozinho. A adaptação familiar avaliada como baixa associa-se aos sentimentos negativos em relação ao

grupo familiar, como raiva, isolamento, exclusão, falta de compreensão, ou seja, a ausência de adaptação do grupo familiar, possivelmente por conta dos conflitos gerados pelo uso da droga. Isso sugere que a baixa adaptação familiar repercutiu no fato de a maioria dos voluntários estar morando sozinho.

Já a autonomia é vista pelo autor do instrumento que avalia a Percepção do Suporte Familiar (IPSF) como um requisito positivo para a relação de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família (BAPTISTA, 2005, 2007). Porém, considerando-se que a maioria dos entrevistados mora sozinha, essa "autonomia" pode, em muitos casos, ser uma consequência do distanciamento familiar decorrente dos conflitos por conta do uso de droga que quebrou ou distanciou os vínculos entre os membros da família.

No entanto, a literatura indica que, em alguns momentos, sair do núcleo familiar pode ser um fator positivo para a terapêutica. É o que aponta o estudo de Heslin e colaboradores (2011) que avaliou qualitativamente a prevalência e as funções de parentesco fictício nos moradores de residente do "Sober living homes" (SLHs), nos Estados Unidos, para pessoas em tratamento tentando manter a abstinência. Eles observaram que, numa hipótese de substituição dos parentes reais, já que muitos laços com a família de origem estavam ausentes ou irreparavelmente quebrados, parentes fictícios foram tidos como alternativas de relacionamentos mais favoráveis do que os parentes reais. Assim, a família fictícia nos SLHs foi tida como uma opção melhor para pessoas pós-tratamento do que viver com membros da família que representem alto risco para o uso de drogas. Os entrevistados também relataram que os parentes fictícios os incentivavam a assumir riscos saudáveis, como voltar à escola, ao emprego, à formação profissional e prosseguir em busca dos seus objetivos, ao passo que os membros da família tinham "mimado" ou funcionado como uma "muleta" para eles. No entanto, vários participantes relataram que mantinham relações fortes com os familiares de origem.

Dessa forma, no caso da maioria dos voluntários avaliados nos CAPS ADs de Recife que mora sozinho, vale ressaltar que pode existir uma diferença entre morar sozinho e estar sozinho. Em alguns casos, pode ser terapêutico o afastamento do núcleo familiar no intuito de redefinir fronteiras nos próprios relacionamentos e gerar uma autonomia positiva. Ou seja, pode ocorrer uma individualização do sujeito enquanto ser com sua idiossincrasia, permitindo que ele desenvolva o próprio jeito de perceber, experimentar e reagir às situações cotidianas. Porém, isso não exclui a necessidade do suporte familiar e social, tão importante para o

dependente químico dentro de relacionamentos saudáveis. Até porque é inerente à natureza humana, enquanto social, a necessidade de desenvolver o sentimento de pertença a um grupo familiar. Além disso, um dos objetivos da terapêutica da dependência química nos CAPS ADs consiste na ressocialização, e isso implica restabelecer e formar vínculos saudáveis.

Isso indica que, na terapêutica familiar da dependência química, a estrutura e a dinâmica dos relacionamentos familiares são relevantes. É o que propõe a terapia familiar na abordagem estrutural que aponta um esquema para se analisarem os processos de interação familiar, ou seja, o padrão organizado em que as famílias interagem, abordagem na qual também se embasa o método Calgary.

Essa abordagem considera que a família inteira, os indivíduos e os subsistemas são demarcados por fronteiras invisíveis que regulam o contato com os outros. As fronteiras interpessoais podem ser rígidas ou difusas. Nos sistemas familiares em que as fronteiras interpessoais são difusas, acontece o "emaranhamento" dos membros, que possuem um sentimento amplo de apoio mútuo, mas à custa da independência e da autonomia. Já os sistemas familiares em que as fronteiras da relação interpessoais são rígidas favorecem o desenvolvimento da autonomia, porém não conseguem contar com o apoio familiar nos momentos de dificuldade, sendo necessário um equilíbrio que estabeleça fronteiras nítidas e possibilite tanto a autonomia como o suporte familiar.

No entanto, é importante ressaltar que a terapia familiar sistêmica, na qual se fundamenta o método Calgary, não tenta mudar as pessoas nem apontar culpados, mas objetiva oportunizar ao sujeito maior apreensão de si mesmo e dos próprios relacionamentos para que possa assumir as responsabilidades pelos próprios problemas e ressignificá-los (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007). É dessa forma que possibilita ao sujeito caminhos para uma resposta criativa, ou seja, um posicionamento positivo diante das dificuldades, e não meramente uma reatividade destrutiva.

Para avaliar os aspectos de como estão as estruturas das fronteiras entre os relacionamentos familiares, o Método Calgary sugere a técnica do genograma, utilizada para desencadear informações úteis, tanto para a família como para o terapeuta, sobre o desenvolvimento e as áreas do funcionamento familiar, incluindo três gerações. É útil principalmente para observar os padrões de repetição de comportamento e tipos de relações estabelecidas (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Essa técnica do genograma permite, inclusive,

que o indivíduo e a família percebam como se dá o padrão do uso de drogas nas relações, de forma intergeracional, e o que vem significando a droga para a família.

Apesar de os usuários dos CAPS ADs já estarem em tratamento por se enquadrarem nos critérios de dependência química, interessou a este estudo identificar a situação atual (nos três últimos meses) da relação do paciente com o uso de drogas, por isso aplicou-se o ASSIST.

Contrariando a expectativa de encontrar uma prevalência do padrão dependente, os resultados apontaram para a maioria dos voluntários, enquadrados pelo ASSIST, no padrão sugestivo de abuso, e não de dependência. Pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), na sua quinta edição (2014), estabelece quatro critérios para o diagnóstico do transtorno relacionado a substâncias: o baixo controle sobre o uso, a deterioração social, o uso arriscado com o fracasso de abster-se e os critérios farmacológicos relacionados à tolerância. Esses critérios parecem estar contemplados nas questões avaliativas do ASSIST que aborda a frequência de utilização; o forte desejo de usar a droga, a fissura; problemas sociais, de saúde, legais e financeiros ocasionados pelas drogas; se o indivíduo deixou de fazer coisas da sua atividade rotineira por conta da droga; se existe manifestação de preocupação por parte de amigos, parentes ou outras pessoas com relação ao padrão de uso; e se o indivíduo já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de drogas.

O fato de o padrão do uso pelo ASSIST nos CAPS ADs/Recife apontar para o sugestivo de abuso e não de dependência pode estar relacionado a dois fatores. Um deles refere-se à deficiência de retorno à rede assistencial dos ambulatórios de saúde mental, onde as demandas dos clientes que não têm mais indicação para CAPS, mas para um acompanhamento ambulatorial, não estão sendo atendidas, permanecendo nos CAPS ADs. O outro ponto a ser considerado é o fato de a entrevista ter sido feita com o cliente. O próprio usuário revelou sua visão ao responder as perguntas do ASSIST, o que deve ser considerado como relevante, por indicar a percepção dele.

Mesmo considerando-se que a entrevista com um único membro da família não reflete fielmente a opinião de todos do sistema familiar (LUIS; GALERA, 2002), pois cada um tem a própria visão sobre o que significa a família e os problemas por ele vivenciados, todas as visões apresentadas pelos diferentes membros da família devem ter sua validade. Isso porque não existe uma verdade única sobre o sistema familiar, mas tantas verdades ou realidades quantos sejam os membros de família.

Cada um constrói a própria realidade, conforme a história singular de percepções durante sua vida e, apesar de ser diferente, cada uma delas deve ser absolutamente válida e trabalhada. (MATURANA; VARELA, 1992). O método Calgary aponta ainda que cada sistema individual ou familiar vai responder as intervenções conforme a sua estrutura. Cada indivíduo percebe o mundo dentro da própria história. E a mudança é determinada pela estrutura. Por isso, as intervenções devem ser adaptadas a cada família, considerando-se sua estrutura, o seu contexto (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Ainda no que diz respeito à visão percebida, Hart (2014), no intuito de desconstruir o estereótipo com relação ao uso de drogas, chama a atenção para possíveis visões errôneas que muitas pessoas têm sobre as drogas e o vício. O autor, também baseado no DSM e em estudos nos Estados Unidos, afirma que mais de 75% dos usuários de drogas não enfrentam problemas do vício, apenas cerca de 10 a 25% dos que experimentam drogas, até entre as mais estigmatizadas, é que enfrentarão problemas. Com essa constatação, o autor promove uma reflexão crítica sobre a visão existente acerca das drogas e de seus usuários, levando a examinar-se a forma como se julgam as causas dos atos das pessoas, sem conhecer-se a complexidade das influências que as conduzem a agirem. Isso pode significar que, apesar de os voluntários entrevistados nos CAPS ADs/Recife fazerem uso regular de drogas, eles parecem não perceber os grandes problemas relacionados a esse uso. Não colocam o padrão de uso no nível mais elevado e, assim, sugerem que a droga em si não é a única causa dos conflitos. Assim, provocam questionamentos com múltiplas variáveis envolvidas na problemática da dependência química como, por exemplo, a relação com o contexto, ou seja, significam-na como uma síndrome multifatorial.

Nesse sentido, o trabalho em redes mostra-se relevante, na medida em que é a partir das relações sociais que o ser humano constrói sentidos para a sua existência, isto é, organiza sua identidade a partir do olhar e do agir do seu semelhante. Assim, rede relacional favorece uma retroalimentação contínua com relação aos atos de saúde, favorecendo os comportamentos corretivos por meio da associação positiva com cuidados de saúde (SEAD; OLIVEIRA, 2009).

Ainda para Hart (2014), o uso de drogas não é um fenômeno que pode ser entendido isoladamente do ambiente. Boa parte da utilização patológica de drogas é motivada por necessidades sociais não atendidas e isolamento. As pessoas buscam as drogas para atender suas necessidades não satisfeitas. Assim, reforçar alternativas positivas que não seja o uso de

drogas diminui esse uso em muitas condições. A maioria das pessoas que consegue evitar problemas com as drogas tende a ter fortes redes sociais.

Quanto à análise da relação da percepção do suporte familiar e o padrão de uso das drogas nos indivíduos em tratamento da dependência química atendidos na cidade do Recife, é possível confirmar, em parte, a hipótese inicial deste estudo, pois se verificou que, em todas as drogas utilizadas, realmente existe uma relação inversamente proporcional entre o padrão de uso e o suporte familiar, exceto para o álcool e a anfetamina. Na verdade, apenas o álcool teve essa relação significativa, pois o grupo sugestivo de abuso de álcool foi o que apresentou maior média (médio-baixo) de suporte familiar.

O fato de os abusadores do álcool, comparados com os demais grupos avaliados, perceberem significativamente um maior suporte familiar parece controverso, considerando-se o que diz a literatura sobre as relações familiares em que o álcool está presente. Como por exemplo, pode-se citar o segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, que aponta ser o álcool a droga que mais gera violência familiar. Além de o álcool estar relacionado à violência, os homens tendem a beber mais que as mulheres e essas sofrem mais com a violência decorrentes do consumo de álcool (BRASIL, 2012).

Ainda em consonância com os resultados encontrados nos CAPS ADs, o estudo de Santos e Martin (2009), que analisou o significado do alcoolismo para cuidadores de familiares alcoolista em tratamento, observou que a violência doméstica é um fato concreto na vida familiar. Os familiares não conseguem desenvolver regras mínimas de convivência. O alcoolismo só foi percebido como doença quando surgiu a necessidade de internação hospitalar e quando as manifestações trazidas pelo uso dessa droga extrapolaram os limites, bastante amplos, do suportável, o que levou muitos anos. Além disso, a totalidade da obrigação do cuidado permaneceu com as mulheres, mães e esposas. O fato de a maioria da população analisada nessa pesquisa ter sido significativamente composta por homens (86,7%) pode sugerir uma relação com o gênero, repercutindo na forma como os voluntários percebem seu suporte familiar e sua relação com o uso de drogas.

No que se refere ao gênero, o modelo Calgary de Avaliação da Família prevê essa subcategoria na estrutura familiar como um constructo básico, sendo o gênero uma realidade universal e base fundamental para os seres humanos, pois existem formas diferentes de homens e mulheres experienciarem o mundo. Além disso, a avaliação da influência do gênero é especialmente importante quando envolve crenças sociais, culturais ou familiares nos papéis

femininos e masculinos. Assim, o Calgary orienta que os enfermeiros estejam atentos para a questão do gênero. Sugere que, em primeiro lugar, os enfermeiros considerem as próprias ideias a respeito do gênero e, posteriormente, examinem a família, interrogando como se dá a percepção dos seus membros sobre o fator gênero nas dinâmicas abordadas.

8 DIFICULDADES ENCONTRADAS

Houve dificuldades em relacionar todos os resultados encontrados apenas com o referencial teórico Calgary, visto que esse referencial rege algumas orientações de avaliação e intervenção feitas diretamente na família, dentro das suas singularidades. Os aspectos avaliativos, como nos eixos de estrutura, desenvolvimento e funcional, demandam várias informações que precisariam ser obtidas diretamente da família que está sendo avaliada. Entretanto, o que foi realizado neste trabalho com o método Calgary consistiu apenas na aproximação de seus aspectos de avaliação e intervenção com o perfil prevalente do grupo de voluntários estudado.

Outro ponto observado que sugeriu dificuldade foi o fato de muitos estudos feitos sobre dependência química e famílias abordarem essa população no ciclo de vida da adolescência. Poucos estudos avaliam o fenômeno da dependência química e família na fase adulta do usuário. Necessita-se, pois, destacar esse subgrupo para beneficiar suas especificidades.

9 CONCLUSÃO

O uso abusivo de drogas é um fenômeno que envolve questões relacionais e a família encontra-se nesse processo. Perceber a visão do indivíduo em tratamento sobre seu suporte familiar, classificado por ele como baixo, revela principalmente as dificuldades de adaptação e chama a atenção para a questão da autonomia. Esta última, por sua vez, pode constituir-se de forma positiva, caso signifique individualização na construção da independência, ou negativa, se apenas representar o rompimento de vínculos familiares, configurando segregação e abandono.

O fato de os usuários dos CAPS ADs não se reconhecerem como dependentes, mas como abusadores das drogas sugere uma reavaliação da forma como pode ser estigmatizado o uso de drogas, visto como causa e consequência direta dos conflitos, desconsiderando-se o contexto. Apesar de a visão do usuário não ser a única verdade, compreendê-la é fundamental para o processo terapêutico.

Existe uma relação inversa entre o padrão de uso de drogas e a Percepção do Suporte Familiar. No entanto, o álcool foi à única associação significativa em que essa relação não ocorreu, apesar de ser uma droga comumente presente na violência familiar. O fato de os abusadores de álcool perceberem um maior suporte familiar pode associar-se à questão do gênero, já que quase a totalidade da população estudada constituiu-se de homens. Nessa relação, o masculino pode associar “suporte” ao tornar-se dependente dos cuidados da figura feminina, que assume o papel do cuidador codependente.

Dessa forma, urge que a terapêutica da dependência química tome por base a forma sistêmica de cuidado em que o cliente, a família e seu contexto sejam considerados como partes relacionais indispensáveis no tratamento. O método Calgary pode ser um recurso utilizado pelo enfermeiro nos CAPS ADs para esse fim, pois permite avaliar através das teorias da terapia familiar, das ciências sociais da família e dos modelos de enfermagem que visam ao cuidado do humano, considerando seu contexto, principalmente o familiar.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A.T.M; FIGLIE, N.B; MILAGRES, E. **Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos.** Psico-USF. 2009. Disponivel em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v14n1/v14n1a12.pdf> Acesso em: 24. Jul. 2015

BAPTISTA, M.N. **Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares.** Psico-USF, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a03.pdf> Acesso em: 19. Jul. 2014.

BAPTISTA, M.N. **Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas configurações.** Psicologia Ciência e Profissão, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a10.pdf> Acesso em: 22. Ago. 2007.

BARROS, H.M.T; BORTOLON, C.B; FERIGOLO,M; GROSSI, R; PAIM, F.H. **Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudanças em familiares de usuários de drogas em um serviço de teleatendimento**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2010. Disponível em: < http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/013-639_avaliacao_das_crencas.pdf> Acesso em: 19. Jul. 2014

BERNARDY,C.C.F, OLIVEIRA, M.F**. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados**. Rev. esc. enferm. USP 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000100002 Acesso em : 15 jun 2015

BRASIL, Conselho Municipal Antidrogas. **Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas**. 2013. Disponível em: < http://www.pmcg.ms.gov.br/comad/canaisTexto?id_can=3149)> Acesso em: 20.Nov.2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** Brasilia, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 27. Jul. 2014.

BRASIL, **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser

categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Disponível em: < http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf> Acesso em 28. Ago. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.088 de 23 de Dezembro de 2011.** Institui a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtornos mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 27. Jul. 2014.

BRASIL, **Recife Prefeitura da Cidade. Serviços de Saúde Mental**. 2014. Disponível em: < http://www2.recife.pe.gov.br/pcrservicos/servico-de-saude-mental/> Acesso em 30. Jul. 2014.

BRASIL, Prefeitura do Recife**. CAPSAD Eulâmpio Cordeiro Comemora 22 Anos Com Jornada Científica**. 2014b. Disponível em: http://www.recife.pe.gov.br/2008/12/04/capsad_eulampio_cordeiro_comemora_22_anos_com jornada_cientifica_164985.php> Acesso em: 30.Jul. 2014

BRASIL, **Diretrizes e Normas Regulamentadores de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos** Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf > Acesso em: 30. Jul. 2014.

BECOÑA, E; HERMIDA, J.R.F; MARIANGELS, D; JUAN, M; CALAFAT, A; MARTINEX, U. **¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión**. ADICCIONES. 2012. Disponível em: < http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Becona_etal_2012_Desorganizaci%C3%B3n%20familiar.pdf> Acesso em: 20 Jun 2014

CARRANZA, D.V.V; PEDRÃO, L.J; **Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental.** Rev Latino-am Enfermagem, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea11.pdf Acesso em: 23. Ago. 2014.

CARNEIRO, C; HERMETO, E.M.C; SAMPAIO, J.J.C. **Abandono do uso de drogas por adolescente: importância do suporte familiar.** Revista Baiana de Saúde Pública, 2010. Disponível em: < http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/62/61> Acesso em: 19. Jul. 2014.

CARVALHO, A.M.P; SILVEIRA, E.A.A. **Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com aids: o modelo de comboio e a enfermagem.** Rev. Esc Enferm USP, 2011. Disponível em : < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a14.pdf> Acesso em: 28.Out.2013

DAKOF, G.A; HAWES, S. COHEN, J.B; HENDERSON, C.E; DUARTE, E; BOUSTANIM, M; BLACKBURN, A; VENZER, E. **A Randomized Pilot Study of the Engaging Moms Program for Family Drug Court.** NIH Public Access. 38(3). 2010. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835835/pdf/nihms-175019.pdf> Acesso em: 20 Jun. 2015.

DASTOORPOUR, M; GHASEMI, A; FOROSHANI, A.R; KHEIBAR, N; LATIFI, M; KHANJANI, N; AFKARI, M.E; TAGHDISI, M.H; GHASEMI, F; SHOJAEIZADEH, D. **Effects of Family-Centered Empowerment Model Based Education Program on Quality of Life in Methamphetamine Users and Their Families.** Iranian Red Crescent Medical Journal, 2014. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005427/> Acesso em 22. Jul. 2014.

DUARTE, F.A.B; VARGAS, D**. Enfermeiros do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento especifico na área.** Texto Contexto Enferm, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/14.pdf> Acesso em 27. Jul. 2014.

FRANTZ, D; CÂMARA, S.G; BIRCK C; CHINAZZO I.R. **Prevalência de consumo de drogas lícitas e ilícitas por sexo e idade de escolares de oitava série do ensino fundamental de Porto Alegre/RS**. XII Salão de Iniciação Científica PUCRS. 2011 Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/SIC/XII/XII/6/7/7/1/10.pdf > Acesso em: 19 jun 2015

GARCIA, J.J. PILLON, S.C. SANTOS, M.A. **Relação entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/13.pdf> Acesso em 23 Out 2014.

GONÇALVES, L.H.T; MARTINS, M.M; FERNANDES, C.S. **A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo.** Rev Bras Enferm , 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a20v65n4.pdf> Acesso em: 28.Out. 2013

GILLMORE, M.R; KOPAKAM, A.M; CHEN, A.C; HASS, A.S. **The Importance of Family Factors to Protect Against Substance Use Related Problems among Mexican Heritage and White Youth.** ELSEVIER. Drug and Alcohol Dependence, 2012. Disponível em: < http://ac.els-cdn.com/S0376871611005266/1-s2.0-S0376871611005266-main.pdf?_tid=10ca2aa4-1128-11e4-82df 00000aacb35d&acdnat=1405982630_9a287bc2e8c91e3b85c1bd1300c7872c> Acesso em: 21. Jul. 2014.

HART, C. **Um preço muito alto. A jornada de um neurocientista que desfia nossa visão sobre as drogas**. Rio de Janeiro. Zahar, 2014.

HENRIQUE, I.F.S, FORMIGONI, M.L.O.S;; MICHELI, D; LACERDA, R.B; LACERDA, L.A. **Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substancias (ASSIST)**. Rev Assoc Med Bras, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf> Acesso em: 30. Jul. 20014.

HESLIN, K.C; ANDERSON, N.L; SMITH, J.L; SINGZON, T.K; HAMILTON, A.B. **Alternative families in recovery: fictive kin relationships among residents of sober living homes.** Qualitative Health Research 21(4). 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20952602> Acesso em 06 Jun 2015.

INGBERMAN, K.Y; GUIMARÃES, A.B.P; HOCHGRAF, B.P; BRASILIANO,S; **Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas**. Rev Psiq Clín, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n2/05.pdf> Acesso em 19. Jul. 2014

KANTORSKI, L.P; SOUZA, J. **A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPES ad: o ecomapa como recurso**. Rev Esc Enferm USP, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a17v43n2.pdf> Acesso em: 19. Jul. 2014.

LEMOS, V.A; FORMIGONI, M.L.O.S; ANTUNES, H.K.M; BAPTISTA, M.N; TUFIK, S; MELLO, M.T. **Low family support perception: a 'social marker' of substance**

dependence?. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n1/v34n1a10.pdf> Acesso em: 22.Jul.2014.

LI LI; FLORE, M; TUAN, N.A; LIANG L.J; LIN, C; FARMER S.C. **Mental Health and Family Relations: Correlated Reports from People Who Inject Drugs and their Family Members in Vietnam.** NIH Public Access. 2014. 24(6). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872211/pdf/nihms-512155.pdf> Acesso em: 01 Jul 2015.

LOPES, G.T, CASANOVA, E.G. **Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente.** Rev Bras de Enferm. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a05v62n6.pdf. Acesso em 17 Set 2013.

LUIS, M.A.V; GALERA, S.A.F. **Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao individuo e sua família**. Rev Esc Enferm USP, 2002. Disponível em: < file:///C:/Users/1234/Downloads/41284-49304-1-PB%20(1).pdf> Acesso em: 19. Jul. 2014.

LUIS, M.A.V; LOPES G.T. **A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Estado do Rio de Janeiro – Brasil: Atitudes e Crenças**, 2005. Rev Latino – am Enfermagem. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea15.pdf> Acesso em: 27. Jul. 2014.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. [American Psychiatric Association] 5 ed. Porto Alegre. Artmed, 2014.

Maturana HR, Varela F. **A árvore do conhecimento - as bases biológicas do entendimento humano.** Trad. de Jonas Pereira dos Santos. Campinas: Editorial Psy II; 1995. Disponível em < http://ruipaz.pro.br/textos/arvoreconhecimento.pdf> Acesso em: 10. Fev 2013.

MARTINS, M.M.F.S; FIGUEIREDO M.H.J.S**. Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem**. Cienc Cuid Saúde, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12559> Acesso em: 18. Set. 2013.

MALBERGIER, A. CARDOSO, L.R.D. AMARAL, R.A. **Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares.** Cad. Saúde Pública. 2012. 28(4). Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/07.pdf> Acesso em 10 Jul 2015.

MASCATI, A. MEZUK, B. **Losing Faith and Finding Religion: Religiosity over the life course and substance use and abuse.** NIH Public Access 1(136). 2014. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4068354/> Acesso em: 15 Jul 2015

MATURANA, H.R; VARELA, F. **The tree of knowledge: The biological roots of human understanding**. Boston: Shambhala Publications, Inc. 1992.

MEDONÇA, J.L.S; OLIVEIRA, E.B. **Familiar com dependência química e consequente sobrecarga sofrida pela família: Pesquisa descritiva**. Online Brazilian Journal of Nursing, 2012. Disponível em: < http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3480/html_1 > Acesso em: 22. Jul. 2014.

MENDES, F.R.P; REIS, A.L; TORRES, V.G; XAVIER, T.T; SILVA, R.A.R; COSTA, I.K.F. **Percepção de Suporte Familiar em Idosos de baixa renda e fatores associados**. Texto Contexto Enferm, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea06.pdf> Acesso em: 22. Jul. 2014.

MEDEIROS, K.T; DIAS, C.C.V; MACIEL, S.C; SOUSA, P.F; SOUZA, F.M.T. **Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários.** Psicologia em Estudo, Maringá, 18(2). 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a08v18n2.pdf> Acesso em 24. Jul. 2015.

MINAYO, M.C; SCHENKER, M. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica**. Ciência & Saúde Coletiva, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a22v08n1.pdf> Acesso em: 20.Nov.2013.

MIRANDA, K.C.L; SENA, M.C.S; MACÊDO, S.M. **Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: A percepção dos usuários**. Rev. Gaúcha Enferm. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/07.pdf> Acesso em: 28. Out.2013

MONCKTON, P.C; PEDRÃO, L.J. **Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700011> Acesso em: 20. Nov. 2014

MOREIRA, M.S.S. **Dependência familiar**. Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analiticas Grupais do Estado de São Paulo, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v5n5/v5n5a15.pdf > Acesso em: 27. Jul. 2014.

OLIVEIRA, M.L.F; BERNARDY, C.C.F. **O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados**. Rev. Esc. Enferm USP, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a02v44n1.pdf> Acesso em: 22. Jul. 2014.

OLIVEIRA, M.L.F; SELEGHIM, M.R. **Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários.** Acta Paul Enferm, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/10.pdf> Acesso em: 27. Jul. 2014.

WRIGHT, M.L; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias – Guia para Avaliação e Intervenção na Família.** 5ª Ed. São Paulo: Editora Rocha, 2012.365p.

PINHO, L.B; HARTER, J. OLIVEIRA, I.R; GONZALES, R.I.C. **Consumo de crack: repercusiones en La estructura y em La dinâmica de las relaciones familiares**. Enfermeria Gobal, 2012. Disponível em: < file:///C:/Users/1234/Downloads/128361-540471-1-PB.pdf> Acesso em 20. Abr. 2015.

PRADO, G. MC COLLISTER, K; TAPIA, M.I; FREITAS, D; VILLAMAR, J; VALAZQUEZ, M.R; BROWN, H; PATIN, H; JIMENEZ, G.L; BACIO, G.A; ROSEN, A; ESTRADA, Y. HUANG, S. CORDOVA, D. **The Efficacy of Familias Unidas on Drug and Alcohol Outcomes for Hispanic Delinquent Youth: Main Effects and Interaction Effects by Parental Stress and Social Support**. NIH Public Access. 2012. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3435476/pdf/nihms-393070.pdf> Acesso em: 13. Jul. 2015

ROWE, C.L. **Family Therapy For Drug Abuse: Review And Updates 2003–2010**. Journal of Marital and Family Therapy. 2012. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22283381> Acesso em: 13. Jul. 2015

SANTOS, E.C.U; MARTIN, D. **Cuidados de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil**. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a04v62n2.pdf> Acesso em 13.07.2015.

SEADI, S.M.S; OLIVEIRA, M.S. **A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos**. PSIC. CLIN.15(2). 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n2/08.pdf> Acesso em: 22. Jul. 2015

SANCHEZ, Z.V.M; OLIVEIRA, L.G; NAPPO, S.A**. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco**. Rev Saúde Publica. 2005. 39(4). Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25532.pdf> Acesso em: 15 Jul 2015.

SCHOENTHALER, S.J; BLUM, K; BRAVERMAN, E.R; GIORDANO, J; THOMPSON, B; et al. **NIDA-Drug Addiction Treatment Outcome Study (DATOS) Relapse as a Function of Spirituality/Religiosity.** HHS Public Access 1(1). 2014. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455957/> Acesso em: 15 Jul 2015

SCHAUB, M,P; RIGTER, H; HERDERSON, C.E; PELE, I; TOSSMANN, P; PHAN, O. HENDRIKS, V. ROWE C. **Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial.** BMC Psychiatry. 2014, 14:26 Disponível em: < http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/26> Acesso em: 13. Jul. 2015.

APENDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa "Suporte familiar percebido pelo dependente químico e sua relação com o uso de drogas: um cuidado sistêmico da enfermagem", que está sob a responsabilidade da pesquisadora Michelly Tavares da Silva Marques, do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Neuropsiquiatria, na Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Hospital das Clínicas, Bloco A, Cidade Universitária, 50670-420, Recife – PE. Fone: (81) 2126-8539 FAX (81) 2126-8539. E-mail: michelly.tavares@ hotmail.com ou posneuro@ufpe.br, e está sob a orientação de Murilo Duarte da Costa Lima. Telefone para contato: 2126-8539, e-mail (murilocostalima@ig.com.br). Participam também desta pesquisa a co-orientadora Iracema da Silva Frazão, Telefone (2126-3932), e-mail (isfrazao@gmail.com).

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está entrevistando-o(a) para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido(a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma. Também garantimos que o(a) Senhor(a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo deste estudo é analisar a percepção dos dependentes químicos sobre o seu suporte familiar e a relação com o uso de drogas, e utilizar o referencial teórico do método Calgary para estimar as ações de enfermagem possíveis nesse contexto. Mais especificamente, objetiva conhecer a visão do dependente químico sobre o seu suporte familiar; identificar a associação entre o suporte familiar percebido pelo paciente e a relação com o uso de drogas; verificar a ordem de prevalência das dimensões do suporte familiar (afetivo-consistente,

adaptação, autonomia) para o dependente químico; detectar os principais pontos positivos e negativos para o suporte familiar apontado pelo Inventário de Percepção do Suporte Familiar percebido pelo dependente químico; correlacionar os resultados das dimensões do suporte familiar (afetivo-consistente, adaptação, autonomia) com o referencial teórico Calgary; e apontar demandas para o suporte familiar no contexto das dependências químicas passíveis das ações de enfermagem, norteando-se pelo método Calgary.

A coleta dos dados será realizada em sala reservada, onde não haja interferências externas que possam interromper a entrevista ou comprometer a privacidade dos voluntários num tempo estimado de quinze minutos para cada voluntário.

O voluntário responderá um questionário do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias/Alcohol, Smoeking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), e de identificação pessoal. Posteriormente, preencherá o formulário do Inventário de Percepção do Suporte Familiar.

O presente estudo pode ser considerado com riscos mínimos, pois, apesar de não envolver procedimentos fisicamente invasivos, pode provocar algum constrangimento relacionado ao fato de o voluntário ter que discorrer sobre assuntos de cunho familiar e pessoal. Como forma de minimizar esse constrangimento, as entrevistas serão realizadas individualmente e em ambiente previamente reservado.

Como benefícios, vislumbra-se contribuir com a melhoria do planejamento terapêutica nos CAPS AD, considerando-se a relevância da família no tratamento. Espera-se, também, favorecer as possibilidades do cuidado no tratamento da dependência química, buscando integrar paciente e família com suas singularidades; possibilitar momento reflexivo para o voluntário sobre a sua relação com as drogas e seu suporte familiar no momento da entrevista; desenvolver e incentivar estudos que contribuam com o cuidado da enfermagem, a partir de uma abordagem sistêmica, nos CAPS AD.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio do questionário de identificação pessoal, do questionário doTeste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias/ Alcohol, Smoeking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) e do formulário do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo de 5 anos.

O(a) senhor(a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

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

_____

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo-assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "Suporte familiar percebido pelo dependente químico e sua relação com o uso de drogas: um cuidado sistêmico da enfermagem", como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Recife _____/_____/_____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	**Nome:**
Assinatura:	**Assinatura:**

APÊNDICE B

Questionário de identificação pessoal

Data:_____ CAPS_____N°_____

Idade:_____ Sexo: 0. ( ) Masculino 1. ( ) Feminino

Estado civil: 0. ( ) Solteiro 1. ( ) Casado/união estável 2. ( ) Viúvo 3. ( ) Divorciado/separado 4. Outros _____

Religião: 1 ( ) católico 2( ) evangélico 3 ( ) espirta 4 ( ) relig. Origem africana 5 ( ) outra.___

Escolaridade: 1. ( )Fundamental incompleto 2. ( ) Fundamental completo 3. ( )Ensino médio completo 4. ( )Médio incompleto 5. ( ) superior incompleto 6. ( ) Superior completo Profissão:_____

Renda: 1. ( ) Menos que um salário; 2. ( ) 1 a 2 Salários; 3.( ) 2 a 3 Salários; 4. ( ) 4 a 5 Salários; 5.( ) Maior que 5 salários.

Raça: 1. ( ) Negro 2. ( ) Branco 3. ( ) Pardo/Mulato 4. ( ) Amarela 5. ( ) Indígena 6. ( ) Moreno

Com quem mora?:_____1. ( )Sozinho 2. ( ) Pai 3. ( ) Mãe 4. ( ) Padrasto 5. ( ) Madrasta 6. ( ) Filhos 7. ( ) Enteados 8. ( ) Sogro 9. ( ) Sogra 10. ( ) Sobrinho(a) 11. ( ) Avó/Avô 12. ( ) Tio (a) 13. ( ) Amigo (a) 14. ( ) Esposo (a) 15. ( ) Outro: _____

Idade do início do uso de drogas: _____

Alguém da sua família participa do tratamento aqui no CAPS? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. Caso sim, Quem?_____ 1. ( ) sempre 2. ( ) Às vezes 3. ( )

ANEXO

ANEXO A

INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR – IPSF

N°	AFIRMAÇÕES	QUASE NUNCA OU NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE OU SEMPRE
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que outras famílias.	O	O	O
02	As pessoas da minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.	O	O	O
03	Há regras sobre diversas situações na minha família.	O	O	O
04	Meus familiares me elogiam.	O	O	O
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.	O	O	O
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.	O	O	O
07	Eu sinto raiva da minha família.	O	O	O
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.	O	O	O
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.	O	O	O
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.	O	O	O
11	Minha família discute seus medos e preocupações.	O	O	O
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).	O	O	O
13	Eu me sinto como um estranho na minha família.	O	O	O
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.	O	O	O
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.	O	O	O
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.	O	O	O

17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.	O	O	O
18	Em minha família há privacidade.	O	O	O
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.	O	O	O
20	Há ódio em minha família.	O	O	O
21	Eu sinto que minha família não me compreende.	O	O	O
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração.	O	O	O
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.	O	O	O
24	Os membros de minha família se tocam e se abraçam.	O	O	O
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.	O	O	O
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).	O	O	O
27	Viver com minha família é desagradável.	O	O	O
28	Em minha família opinamos sobre o que é certo/errado, buscando o bem-estar de cada um.	O	O	O
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.	O	O	O
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.	O	O	O
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.	O	O	O
32	Em minha família há competitividade entre os membros.	O	O	O
33	Eu sinto vergonha da minha família.	O	O	O
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.	O	O	O
35	Em minha família demonstramos carinho por meio das palavras.	O	O	O
36	Minha família me irrita.	O	O	O

37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.	O	O	O
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.	O	O	O
39	Eu me sinto excluído da família.	O	O	O
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.	O	O	O
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.	O	O	O
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.	O	O	O

ANEXO B

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO MÉDICO) NÃO/ SIM	**NÃO**	**SIM**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes, como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar:_____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) droga(s)	**Nunca**	**1 ou 2 vezes**	**Mensalmente**	**Semanalmente**	**Diariamente ou quase todo dia**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga etc.)	**Nunca**	**1 ou 2 vezes**	**Mensalmente**	**Semanalmente**	**Diariamente ou quase todo dia**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga etc.) vezes quase todo dia resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	**Nunca**	**1 ou 2 vezes**	**Mensalmente**	**Semanalmente**	**Diariamente ou quase todo dia**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga etc.) você deixou de fazer coisas que vezes quase todo dia eram normalmente esperadas por você?	**Nunca**	**1 ou 2 vezes**	**Mensalmente**	**Semanalmente**	**Diariamente ou quase todo dia**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga etc.) você deixou de fazer coisas que vezes quase todo dia eram normalmente esperadas por você?	**Nunca**	**1 ou 2 vezes**	**Mensalmente**	**Semanalmente**	**Diariamente ou quase todo dia**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?	**NÃO, nunca**	**SIM, mas não, nos últimos 3 meses**	**SIM, nos últimos 3 meses**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?	**NÃO, nunca**	**SIM, mas não, nos últimos 3 meses**	**SIM, nos últimos 3 meses**
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol).	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)?	**NÃO, nunca**	**SIM, mas não, nos últimos 3 meses**	**SIM, nos últimos 3 meses**
	0	1	2

Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	**Sugestivo de abuso**	**Sugestivo de dependência**
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Álcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20