



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS NA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PANORAMA ATUAL E PERFIL DO
GRUPO**

Silvia Campos Brunetti Spagnol

Vitória/ES

2018.

SILVIA CAMPOS BRUNETTI SPAGNOL

**FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: PANORAMA ATUAL E PERFIL DO GRUPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Elizeu Batista Borloti.

UFES

Vitória-ES, agosto de 2018.

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes para ser confeccionada pelo autor

S732f Spagnol, Silvia Campos Brunetti, 1971-
Famíliares de Dependentes Químicos na Rede de Atenção Psicossocial: Panorama Atual e Perfil do Grupo. / Silvia Campos Brunetti Spagnol. - 2018.
99 f. : il.

Orientador: Elizeu Batista Borloti.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Psicologia. 2. Abuso de substâncias - Pacientes - Relações com a família. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. cuidadores. 5. Habilidades sociais. I. Borloti, Elizeu Batista. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

**FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: PANORAMA ATUAL E PERFIL DO GRUPO**

SILVIA CAMPOS BRUNETTI SPAGNOL

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 18 de setembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Elizeu Batista Borloti – UFES

Profa. Dra. Fabiana Pinheiro Ramos

Prof. Dra. Teresinha Cid Constantinidis

Dedico esse trabalho a Deus, que me possibilitou uma compreensão profunda da minha essência, ao permitir que eu seguisse novos rumos exercendo a Psicologia e que me mostrou que a beleza da vida está no próprio caminho, muito mais que na chegada em algum destino. Dedico à minha mãe, Dona Candida Campos Brunetti, minha primeira mestra e alfabetizadora, inspiração para querer cuidar do próximo, e que estaria muito feliz se pudesse ver esta realização.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Elizeu Batista Borloti, meu orientador, pela amizade genuína, pela confiança desde o início, pela maestria em me mostrar caminhos e pela contribuição atenciosa e dedicada à minha formação acadêmica e profissional.

Às professoras Dra. Fabiana Pinheiro Ramos e Dra. Teresinha Cid Constantinidis, membros das bancas examinadoras, pelas valiosas sugestões para a produção desse trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP/UFES, coordenadora Professora Dra. Luziane Zacché Avellar; professores das disciplinas cursadas, que contribuíram diretamente na minha formação; e aos secretários Arin Bernardes Filho, Antônio Hércules Toscano de Brito e Carmen Lúcia Moscon, por ajudarem constantemente nas dificuldades, tornando o percurso mais suave.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Juliana Gomes da Cunha Baltar, Rodrigo Ferreira Bezerra, Claudinei Pereira Gonçalves, Luciana Chequer Saraiva Messa, Rafael Balbi Neto, Jaqueline Ferrari, pelo incentivo e trocas de ideias em meio aos encontros de estudos. A todos os demais colegas do PPGP/UFES, obrigada pelos momentos compartilhados.

Aos graduandos de Psicologia da UFES, que me receberam no Estágio de Docência, na função de meus primeiros alunos, proporcionando momentos de troca prazerosa.

À colega de mestrado e amiga desde a graduação em Psicologia, Érica Lima e Silva, que me auxiliou na coleta de dados e que muito me incentivou em meio aos desafios da pesquisa e ao colega Me. Lucas Có Barros Duarte, pela notável ajuda nas análises estatísticas.

Aos gestores e técnicos dos CAPS ad em que trabalhei na coleta de dados, Joaquim Luiz da Silva Filho, Luzia de Fátima Vieira, Nailane Fabris Rosa, Sidney Cardoso da Silva, Lea Moreira de Almeida, Adriana Negris de Vasconcelos Kherlakian, que gentilmente aceitaram a

proposta desta pesquisa. Minha gratidão por sua generosa acolhida. Vocês fizeram a diferença na minha caminhada.

Aos participantes desta pesquisa, familiares de dependentes químicos, por aceitarem participar, acreditando na relevância dos resultados para a colaboração na construção de melhores práticas nesta área. Sem vocês, não teria acontecido.

Aos meus professores da graduação, modelos e inspiração, representados por aqueles de quem fui bolsista: Maria Dolores Pinheiro, pela oportunidade de pesquisar na área da dependência química; Isabele Santos Eleotério, por me mostrar os passos para chegar ao mestrado, Alessandro Fazolo Cesário, pela orientação no Trabalho de Conclusão de Curso e Luciano de Souza Cunha, pelo valoroso incentivo nos estudos para o exame de seleção.

Ao meu esposo Luiz Carlos, meu maior incentivador, por todo amor e suporte de sempre, e às minhas filhas Luiza e Larissa pelo carinho diário, pela compreensão nas ausências, por entenderem a importância deste trabalho e por me impulsionarem a conquistar minhas metas.

Ao meu pai, Silvo, por seu amor, exemplo, apoio e por cercar minha infância de livros. À Gilse e Luiza, por me acompanharem nos CAPS ad. À minha madrinha Almerinda, por suas orações. À Simone, Denison, Isabela, Rafael, Graziella, Ângela, Edinho e todos os meus amados das famílias Campos, Brunetti e Spagnol. Eu escolhi estudar famílias, pois acredito na força que delas pode emanar, sendo base e porto seguro. Acredito, pois vocês me mostram isso cotidianamente.

Aos amigos de longe e de perto, conquistados ao longo da vida, que me incentivam e se alegram comigo. Com vocês, minha caminhada se fez mais bela.

A todos que, ao lerem este trabalho, contribuem na reflexão sobre o papel das famílias.

A Capes, pela bolsa de mestrado, sem a qual seria difícil a realização desta pesquisa.

SUMÁRIO

RESUMO.....	09
APRESENTAÇÃO.....	11
INTRODUÇÃO GERAL.....	13
As famílias no Contexto das Políticas de Atenção Psicossocial.....	14
Adoecimento e Modelo Teórico de Intervenções com Familiares.....	17
Objetivos Gerais e Específicos.....	21
Panorama dos Estudos.....	22
Referências.....	24
ESTUDO 1 – Intervenções com Familiares na Rede de Atenção Psicossocial	
Álcool e Drogas: Estudo de Revisão.....	27
Resumo.....	27
Introdução.....	28
Método.....	32
Resultados.....	34
Discussão.....	39
Referências.....	46
ESTUDO 2 – Familiares de Usuários do CAPS ad: Perfil do Grupo e Relação entre Adoecimento, Sobrecarga e Habilidades Sociais.....	50
Resumo.....	50
Introdução.....	52
Sofrimento, Sobrecarga e Habilidades Sociais dos Familiares.....	54
Método.....	58
Resultados.....	61
Caracterização sociodemográfica das famílias.....	61
Perfil do uso de SPA e impactos na família.....	63
Perfil do relacionamento e expectativas com a rede de atenção.....	63
Adoecimento psicológico e habilidades sociais.....	65
Relação entre os sinais de sofrimento psicológico.....	66
Discussão.....	68
Considerações finais.....	76
Referências.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
Aspectos Éticos.....	87
Referências.....	89
ANEXO 1.....	90
ANEXO 2.....	91
ANEXO 3.....	92
ANEXO 4.....	93
ANEXO 5.....	95
ANEXO 6.....	96
ANEXO 7.....	98
ANEXO 8.....	99

RESUMO

Spagnol, Silvia Campos Brunetti, (2018). *Familiares de Dependentes Químicos Na Rede de Atenção Psicossocial: Panorama Atual e Perfil do Grupo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.

Essa dissertação busca conhecer as intervenções disponíveis para atendimento de famílias de usuários dependentes químicos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme descrito na literatura e identificar características do perfil das famílias atendidas, do relacionamento com os usuários, da participação nos serviços, além de identificar e correlacionar os níveis depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e habilidades sociais em uma amostra de familiares de usuários da RAPS no território do Espírito Santo. Para alcançar este objetivo, foram desenvolvidos dois estudos, um qualitativo e outro quantitativo, a fim de abranger as respostas ao fenômeno. No primeiro estudo, procedeu-se a uma revisão da literatura, com objetivo de identificar e descrever intervenções com familiares na Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, realizando-se busca no Portal de Periódicos CAPES, bases PsycINFO, SCIELO, PNAS, PsycArticles e Web of Science, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico, no período entre 2001 e 2016. Após a leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, chegou-se à amostra final de 22 estudos. No segundo estudo, foi feita uma pesquisa descritiva correlacional com amostra de 95 familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do território do Espírito Santo, que responderam um questionário sociodemográfico, Escalas Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI), Escala de Avaliação da Codependência (HCI), Escala de Avaliação de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit (BI) e Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Entre os principais resultados, evidenciou-se no Estudo 1 intervenções com familiares oferecidas principalmente nos CAPS ad, na forma de Grupos de Familiares. Identificaram-se lacunas como falta de sistematização dos métodos que sustentam estes grupos, necessidade de diversificação na forma de atendimento, além de necessidade de discussão do tema na formação acadêmica e maior investimento na capacitação dos profissionais. O Estudo 2 indicou um perfil de familiares composto na maioria por mulheres casadas ou em união estável, com 50 anos ou mais e com ensino fundamental. Apurou-se a presença de sintomas clínicos de depressão (59%); ansiedade (55,8%); codependência (40%), sobrecarga (57%) e baixo nível de habilidades sociais (67%), com correlação positiva significativa entre: depressão e ansiedade; depressão e sobrecarga; depressão e codependência; ansiedade e sobrecarga e ansiedade e codependência; sobrecarga e codependência. Encontrou-se correlação negativa entre depressão e habilidades sociais e entre codependência e habilidades sociais. No entanto, não houve correlação significativa entre ansiedade e habilidades sociais nem entre sobrecarga e habilidades sociais nesta amostra. Sugerem-se novos estudos para maior contribuição sobre os fenômenos analisados; assim como inclusão de avaliação da saúde psicológica dos familiares cuidadores nos serviços da RAPS, além de oferta de intervenções com foco em aquisição de repertório de habilidades sociais e resolução de problemas, para melhor suporte ao tratamento do usuário.

Palavras chave: Intervenções familiares, RAPS, álcool e drogas, CAPS ad; adoecimento; sobrecarga do cuidador; habilidades sociais.

ABSTRACT

Spagnol, Silvia Campos Brunetti, (2018). Drug users' familiars at Psychosocial Care Network: Current Overview and Group Profile. Master's Thesis, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.

This thesis seeks to know the interventions available for caring drug users' families at Psychosocial Care Network (*Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*) as described in literature. Also, it seeks to identify sociodemographic characteristics, relationship with users, participation in services, as well as identifying and correlating levels of depression, anxiety, codependency, caregiver burden and social skills in a sample of drug users' relatives at Psychosocial Care Center for Alcohol and other drugs (*Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS ad*) from Espírito Santo state. For achieving this goal, two studies were developed, one qualitative and other quantitative, in order to cover the response to the phenomenon. At first paper, it was carried out a literature review for identifying and describing interventions with family members at the Alcohol and Drug Psychosocial Attention Network. Search was made on the *Portal de Periódicos CAPES*, databases PsycINFO, SCIELO, PNAS, PsycArticles and Web of Science, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) and Google Academic, between 2001 and 2016. After reading abstracts and applying the inclusion and exclusion criteria, it was reached the final sample of 22 studies. Second paper was a correlational descriptive study, performed with a sample of 95 drug users' family members at CAPS ad from Espírito Santo territory, who answered a sociodemographic questionnaire, Beck Depression (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI), Holyoake Codependency Index (HCI), Zarit Caregiver Burden Interview (BI), and Social Skills Inventory (IHS). Among the main results, it was showed in the study 1 that interventions with family members are offered mainly in CAPS ad, in the form of Family Groups. Some gaps were identified: lack of systematization of the methods that support these groups, necessity of diversification in the form of care, as well as necessity of discussing the theme in academic training and greater investment in training of professionals. Study 2 indicated a profile composed mostly of women, married or in a stable union, 50 years or older and with elementary education. Clinical symptoms of depression (59%); anxiety (55.8%); codependency (40%), burden (57%) and low level of social skills (67%), were detected. There was a significant positive correlation between: depression and anxiety; depression and burden; depression and codependency; anxiety and burden, anxiety and codependency; burden and codependency. There was a negative correlation between depression and social skills and between codependency and social skills. However, there was no significant correlation between anxiety and social skills nor between burden and social skills in this sample. New studies are suggested for a greater contribution on the analyzed phenomena; also, it is important the inclusion of psychological health assessment of family caregivers at RAPS services, as well as the provision of interventions focused on Social Skills acquisition and problem solving strategies, for better supporting the patient's treatment.

Keywords: Family interventions, RAPS, alcohol and drugs, CAPS ad; illness; caregiver burden; social skills.

APRESENTAÇÃO

Meu interesse no campo de estudo da dependência química começou ainda na graduação, instigada pelo pouco conhecimento e inabilidade frente a esta temática. Durante o curso de Psicologia, no Centro Universitário FAESA, tive a oportunidade de estudar a disciplina optativa de Dependência Química e de me envolver em projetos de extensão na área. A cada novo artigo lido ou caso clínico acompanhado, eu constatava a abrangência do impacto da dependência em diversas áreas da vida do usuário e percebia o direcionamento das pesquisas para questões envolvendo características das substâncias psicoativas, diagnóstico e tratamento do usuário.

A vontade de aprender mais sobre essa área foi se consolidando a partir da minha atuação no Projeto Vida de Atenção Psicossocial Faesa, sob orientação da Profa. Maria Dolores Pinheiro, na intervenção e apoio psicológico ao tratamento da dependência química, onde os desafios do campo me motivaram à busca de maiores conhecimentos e estratégias de intervenção, a partir do aprofundamento do estudo e pesquisa nesse tema, que culminou no meu Trabalho de Conclusão de Curso sob orientação do Prof. Dr. Alessandro Fazolo Cesário.

Esta trajetória inicial na graduação me possibilitou, no ano de 2015, a oportunidade ímpar de atuar como voluntária em projetos na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no CRRESCES (Centro Regional de Referência em Prevenção, Atenção e Reinserção Social – Álcool e Drogas) em que participei como pesquisadora do Polo Espírito Santo da Pesquisa “Impacto da Quinta Edição do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas”, no contexto da parceria estabelecida entre a Universidade de Brasília (UnB), o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e pude adquirir e desenvolver habilidades de pesquisa junto ao grupo do Prof. Elizeu B. Borloti.

Já no Mestrado, tive a oportunidade de continuar no CRRESCES/UFES e participar como monitora do curso de Extensão: “Intervenção com Familiares de Usuários de Drogas: Teoria e Prática III”, que me permitiu uma aproximação maior com o tema. A convivência diária com os cursistas (em sua maioria, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros da Rede de Atenção Psicossocial) e a troca de experiências quanto às dificuldades de intervir junto aos familiares de dependentes químicos nos serviços de atenção, num cenário com ambivalência, codependência, deterioração das relações, me instigaram a buscar respostas neste tema.

O que mais me incomodava era a responsabilização da família pela judicialização do tratamento em dependência química, pela busca, como regra, da via da internação involuntária, sem consentimento do usuário, por solicitação de um familiar; ou a aprovação da família pela internação compulsória, determinada pela Justiça. A pergunta que começava a se formar era: quais motivos levam uma família a buscar a separação de seus familiares dependentes químicos, às vezes por meses, enquanto existem serviços de base comunitária na rede de atenção psicossocial em álcool e drogas, de portas abertas e à disposição da população?

Desta forma, começava a se desenhar meu projeto para o Mestrado, junto a familiares de dependentes químicos, a fim de investigar e entender as características dos serviços de base comunitária, oferecidos a esta população e as características peculiares deste grupo que, dissonante da representação do ideal afetivo e cuidador das famílias, buscava no asilamento do seu familiar, o restabelecimento e do equilíbrio da saúde, tanto para este quanto para a própria família.

Estas experiências me conduziram a novas aprendizagens, novas formas de interpretar esse fenômeno, e à vontade de contribuir, através do resultado do meu estudo. Entendo que é uma pequena contribuição, e espero que, através da leitura destes achados, outros possam se interessar em continuar na busca por outras respostas e por melhores práticas nesta área.

INTRODUÇÃO GERAL

O uso arriscado de substâncias psicoativas (SPA) é uma questão de saúde pública mundial, que mobiliza ações, recursos e metas globais para o seu enfrentamento. Estima-se que duzentos e cinquenta milhões de pessoas (aproximadamente 5% da população mundial adulta) teve ao menos uma experiência com drogas ilícitas em 2015. Desses, aproximadamente 29,5 milhões (0,6 % da população adulta global) sofrem com transtornos relacionados ao uso e necessitam de tratamento (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2017). Neste contexto, as famílias têm sido chamadas à função de apoiadoras do tratamento dos seus familiares dependentes químicos junto às políticas públicas. Entretanto, ao assumir essa função, as famílias têm sofrido os impactos do problema dos seus familiares.

Família é entendida como “instituição privada, passível, neste mundo pós-moderno, de vários tipos de arranjo, mas basicamente tendo a função de socialização primária” (Schenker & Minayo, 2003, p.300). Famílias também são definidas como arranjos de pessoas unidas por laços de parentesco, dependência doméstica ou convivência em um núcleo domiciliar (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014). A literatura indica que a família pode apresentar tanto fatores de risco como fatores de proteção para o uso arriscado de drogas (Schenker & Minayo, 2005; Wandekoken, & Siqueira, 2011).

Conforme aponta Borloti (2014), entre os principais fatores de risco familiares estão o consumo de drogas pelos pais, baixa supervisão familiar, baixa disciplina, conflitos, atitudes parentais favoráveis a comportamento antissocial (CAS) e ao uso de drogas, além de baixas expectativas para o sucesso dos filhos. Entretanto, a família também pode produzir repertórios e ambiente que são fatores de proteção, entre os quais se sobressaem oportunidades de envolvimento na família, crenças saudáveis, padrões claros de comportamento, expectativas parentais altas, senso de confiança e dinâmica familiar positiva.

A família se configura como um entrelaçamento entre comportamentos de seus membros e quando está envolvida no tratamento do usuário de drogas, esse entrelaçamento ocasiona diversas consequências - muitas delas negativas - para usuários, familiares e para o relacionamento familiar. A oferta de cuidado pelos familiares abrange o acompanhamento do tratamento junto aos serviços de atenção, suporte na tomada de medicação, apoio financeiro e afetivo, que acabam por gerar sobrecarga nos familiares cuidadores. A mudança no estilo de vida para oferecer apoio ao familiar usuário pode desencadear, no familiar cuidador, a piora no relacionamento familiar, problemas físicos, psicológicos, financeiros, o que, em última análise, gera prejuízos ao tratamento do familiar usuário (Kaur, Mahajan, Deepti, & Singh, 2018).

Por certo, a participação da família no tratamento do familiar usuário de saúde mental e álcool e drogas começou a se intensificar a partir da mudança da legislação de atenção psicossocial no Brasil. Esta mudança foi um grande avanço no modelo de atenção, que trouxe esse usuário para o convívio familiar e comunitário, mas que também gerou impactos e precisa ser aprimorado constantemente, especialmente avaliando os impactos deste modelo de políticas públicas para as famílias cuidadoras.

As famílias no Contexto das Políticas de Atenção Psicossocial.

A atenção a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas no século XX seguiu historicamente um viés moral e legal. O modelo de assistência em saúde mental estava centrado no hospital psiquiátrico, nas internações de longa duração, no isolamento social e no afastamento da família, o que foi gerando, a partir do final da década de 70, um aumento da insatisfação de familiares, profissionais de saúde e sociedade, com intensificação da crítica ao modelo vigente, bem como a busca de alternativas à hospitalização, a exemplo do que acontecia em outros países (Brasil, 2005). Este processo

resultou na aprovação da Lei Federal 10216/2001, que redirecionou o modelo de assistência à saúde mental. O tratamento passou a ser oferecido preferencialmente em base comunitária, territorial, possibilitando a recuperação do usuário através de sua inserção na família, no trabalho e na comunidade (Brasil, 2001). A partir de então, a família foi vista como parte ativa e convidada a participar do tratamento.

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consolidou o modelo de atenção em base comunitária. Ela contém elementos mínimos que garantem o atendimento no território do usuário, estabelecendo a articulação e a ampliação dos pontos de atenção às pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, tendo entre seus objetivos a promoção de cuidados, prevenção de consumo, redução de danos, reabilitação e reinserção do usuário na sociedade (Brasil, 2011).

Nesse contexto, entre os espaços de base comunitária existentes para acolhimento e tratamento da dependência química, o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad) é o equipamento especializado na atenção ao usuário e sua família, oferecendo espaço de cuidado e formas de intervenção, como grupos de familiares, atendimentos individuais e das famílias nucleares, com objetivo de auxiliar usuários e familiares a lidarem com o processo de tratamento da dependência (Brasil, 2002).

Entretanto, é preciso investigar se esses espaços de cuidado estão atendendo às necessidades das famílias envolvidas no tratamento dos usuários e se contribuem efetivamente para a atenção integral e de solução de problemas. A questão que perpassa a situação das intervenções com familiares nas políticas públicas brasileiras é se estas estão considerando a demanda do adoecimento dos familiares pela sobrecarga do esforço para prover o cuidado aos usuários. A abordagem dessa demanda requer que se considere a pesquisa de tecnologias eficazes cujos resultados devem ser avaliados em indicadores de

qualidade da atenção. Antes disto, é preciso saber o que tem sido feito com as famílias e o perfil desses familiares, para que esta tecnologia seja mais bem aplicada.

As políticas públicas de saúde no Brasil têm metas de melhoria dos indicadores de desempenho e geração de resultados, alinhadas com metas de organismos internacionais para melhoria de indicadores de desenvolvimento econômico-social, de saúde, sustentabilidade e de qualidade de vida da população mundial (UNODC, 2016). Isso envolve a pesquisa de modelos teóricos baseados em evidências e aplicação de técnicas interventivas adequadas ao melhor atendimento de um maior número de pessoas, produzindo resultados satisfatórios de melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos usuários dos serviços.

Neste intento, a literatura internacional tem apontado diversas evidências da influência positiva do trabalho com famílias e redes sociais para o tratamento da dependência química. Exemplos como do Reino Unido, Espanha e Estados Unidos, indicam resultados positivos tanto para os usuários quanto para seus familiares. Autores do Reino Unido estudaram abordagens integrativas, baseadas em evidência, para aplicação nessas intervenções que incluem redes familiares e sociais ao tratamento dos usuários de substâncias (Copello, Templeton & Velleman, 2006).

O modelo espanhol de atenção em dependência química também atua com protocolos de atenção aos familiares buscando melhores resultados para a recuperação do usuário, bem como para a melhora das relações familiares. O modelo considera tanto o nível de colaboração do familiar no processo do usuário, quanto os sintomas de mal estar apresentados pelo familiar cuidador, provendo informações, aconselhamento, treino de habilidades e assistência terapêutica para os familiares. O protocolo de atenção tem como finalidade a diminuição dos fatores de risco familiares e a provisão de ferramentas para o protagonismo da família no tratamento do familiar usuário, com diminuição da sobrecarga do cuidado. (*Servicio Extremeño de Salud*, 2011).

A experiência americana aponta diferentes abordagens familiares para o tratamento da dependência química, que envolvem a família na resolução de problemas, de conflitos de relacionamento e no fortalecimento da rede de suporte social do usuário, com destaque para a Terapia Familiar Estratégica Breve, Terapia Comportamental Familiar e Terapia Multisistêmica (*National Institute on Drug Abuse* [NIDA], 2014).

Diferentes protocolos de intervenção com familiares têm sido indicados em outros países, haja vista a população de familiares de dependentes de SPA ser especialmente vulnerável ao adoecimento psicológico, dada a gama de diferentes problemas a que são expostos em virtude da dependência de seu familiar usuário, entre os quais, efeitos do uso da saúde do usuário, problemas legais, financeiros, diminuição dos vínculos familiares e sociais (Laranjeira, Sakiyama, Padin, Mitsuhiro & Madruga, 2013) que impactam as famílias.

Adoecimento e Modelo Teórico de Intervenções com Familiares

Entre os sinais de adoecimento psicológico em familiares de usuários de SPA, é frequente a presença de ansiedade, depressão, codependência e sobrecarga do cuidador. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), transtornos de humor (depressão e transtornos de ansiedade) são as ocorrências mais comuns em saúde mental, com alta prevalência (depressão, 4,4%; transtornos de ansiedade, 3,6%) na população mundial. Esses números vêm crescendo em países de baixa renda. Transtornos de humor podem ocorrer em todas as idades e fases da vida, entretanto, fatores como pobreza, morte de familiar, perda de relacionamento, doenças e problemas por uso de SPA podem aumentar sua ocorrência (*World Health Organization* [WHO], 2017). Entre os principais sintomas de depressão, destaca-se humor deprimido ou perda de prazer, problemas na qualidade do sono, fadiga, sentimentos de culpa ou inadequação, diminuição da concentração, dificuldade de tomada de decisões, pensamentos de morte, entre outros. Já os transtornos de ansiedade têm como principais

sintomas a presença, em excesso, de medo e ansiedade, e seus comportamentos disfuncionais relacionados, (fuga / esquivas), além de sinais somáticos e cognitivos diversos associados ao quadro (American Psychiatric Association, 2014).

Referente à ocorrência de Codependência, ela geralmente é apontada como uma relação específica de dependência emocional entre uma pessoa não dependente química, especialmente um familiar, e outra pessoa dependente química. É uma forma disfuncional de perceber e de se relacionar com pessoas que necessitam ser "resgatadas" de uma possível degradação pessoal. Passa pela necessidade que o familiar codependente sente de exercer controle sobre dependente químico, exercendo um vínculo patológico que causa, de forma paradoxal, adoecimento no codependente (geralmente ansiedade ou depressão) quando o dependente químico começa a se recuperar (*Servicio Extremeño de Salud*, 2011).

Já a presença de Sobrecarga de cuidadores tem sido estudada desde os anos sessenta, quando se diferenciou sobrecarga objetiva (impacto concreto percebido pela família em decorrência do problema crônico de um dos seus membros, observado em mudanças da rotina da casa ou perdas financeiras) de sobrecarga subjetiva (percepção pessoal de cansaço e fardo, em decorrência da tarefa do cuidado do familiar com problemas). Segundo Maurin e Boyd, (1990), a percepção da sobrecarga é variável e pode ser influenciada por determinantes como a melhor qualidade do relacionamento entre familiar cuidador e paciente; apoio social da comunidade e habilidade de enfrentamento dos problemas. Assim, pessoas que possuem ou adquirem um melhor repertório de habilidades sociais, tendem a ter a percepção de sobrecarga atenuada, embora exercitando a tarefa de cuidador (Maurin & Boyd, 1990).

Diversos autores apontaram a relação entre problemas psicológicos e déficits de habilidades sociais. Destaca-se o aumento do estresse e seus desdobramentos físicos e psicológicos, abuso de SPA, codependência, depressão e transtornos de ansiedade (Del Prette & Del Prette, 2001; Feitosa, 2013; Oliveira, 2010; Segrin & Flora, 2000).

Segrin e Flora (2000) estudaram um modelo de vulnerabilidade a problemas psicossociais por déficit de habilidades sociais em estudantes no início da graduação. Os resultados apontaram que os déficits de habilidades sociais foram preditivos de agravamento de problemas psicossociais. Ainda, a interação entre eventos estressantes da vida e déficit de habilidades sociais se relacionaram a aumento de depressão, solidão e ansiedade social.

Para Caballo (2003), as habilidades sociais, ou o comportamento socialmente habilidoso é definido como:

Conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas. (Caballo, 2003, p.6)

Relevante destacar que o comportamento socialmente habilidoso pode ser aprendido na interação social, pode ser treinado e aprimorado. Algumas teorias têm sido desenvolvidas a fim de abarcar esse fenômeno. Segundo Becoña (1999), a Teoria da Aprendizagem Social é uma das teorias integrativas e compreensivas mais utilizadas no campo da dependência química. Vários programas preventivos aplicam seus fundamentos na busca de maior eficiência. Outras teorias subsequentes se utilizam dela como um de seus elementos, como o Treinamento de Habilidades Sociais, tecnologia presente em grande parte dos programas de tratamento da dependência química, que se fundamenta de modo consistente nas técnicas de modelação a fim de desenvolver comportamentos socialmente habilidosos.

Partindo da perspectiva teórica que compreende as Teorias da Aprendizagem Social/ Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1977; 2017), Análise do Comportamento Social (Skinner, 1953) e sua consequente influência no Treinamento das Habilidades Sociais (Caballo, 2003), como modelo explicativo integrador e pragmático do comportamento social aprendido, buscase a compreensão do impacto do uso arriscado de substâncias psicoativas nas famílias e consequente adoecimento de familiares.

A família, enquanto grupo, produz comportamento social, estabelecido como “o comportamento de duas ou mais pessoas em relação a uma outra ou em conjunto em relação ao ambiente comum” (Skinner,1953, p. 325). O comportamento social se processa em um ambiente social e na cultura familiar, onde características de cada pessoa, ou do grupo de pessoas, estimulam e reforçam, em maior ou menor grau, o comportamento de outras. Evolutivamente o comportamento em grupo foi vantajoso para a espécie humana e o homem aprendeu que se reunindo em grupo ele potencializaria sua chance de obter reforço (Skinner, 1953).

Uma forma importante de aprendizagem em grupo é a imitação. “Em geral, o comportar-se como os outros se comportam tem grande probabilidade de ser reforçado” (Skinner, 1953, p. 341). O comportamento de outra pessoa é estímulo para o comportamento imitativo. Esse processo, porém, difere da aprendizagem por observação. Nesta, comportamentos do observador e do observado podem não ter correspondência, havendo vantagem para o aprendiz na observação das contingências envolvidas (Borloti, Haydu, & Machado, 2015).

Ampliando essa ideia, Bandura (1977) propôs que “pela observação dos outros, uma pessoa forma uma ideia de como novos comportamentos são executados e, em ocasiões posteriores, esta informação codificada serve como um guia para a ação” (p. 22). A aprendizagem por observação conduz à capacidade de antecipar consequências dos próprios comportamentos, a partir da observação do comportamento de outro, que assume a função de modelo. Assim através da modelação, adquire-se um novo comportamento pela observação de um modelo, cujas características influenciam no processo. Pais, professores, amigos ou personagens simbólicos como atores de televisão, personagens de filmes, livros, são modelos para aprendizagem por observação. Além do reforço direto, possível pela emissão do

comportamento observado, também se pode obter o reforço vicário, de forma indireta, obtido na aprendizagem pela observação das consequências do comportamento do modelo.

Dado que a aquisição de um repertório saudável de habilidades sociais depende de aprendizagem por observação e modelagem em grupos, e que a família é um grupo importante como suporte social na resolução de problemas advindos do uso arriscado de substâncias, esta investigação pretende contribuir no esclarecimento dessas possíveis relações.

Objetivo geral

Conhecer as intervenções disponíveis para atendimento de famílias de usuários dependentes químicos na RAPS conforme descrito na literatura e identificar características do perfil das famílias atendidas, do relacionamento com os usuários, da participação nos serviços, além de identificar e correlacionar os níveis de depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e habilidades sociais em uma amostra de familiares de usuários da RAPS no território do Espírito Santo.

Objetivos específicos

A pesquisa foi dividida em dois estudos, de acordo com seus objetivos específicos:

Estudo 1: identificar e descrever intervenções com familiares na RAPS conforme descrito na literatura apontando suas potencialidades e fragilidades, para conhecer como as famílias dos usuários de drogas têm sido integradas às intervenções propostas por esta rede.

Estudo 2: a) identificar características sociodemográficas, de relacionamento com os usuários, de participação nos serviços, em uma amostra de familiares de dependentes

químicos em atendimento em equipamento da RAPS (CAPS ad) do território do Espírito Santo,

b) identificar e correlacionar os níveis depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e habilidades sociais nesta amostra.

Panorama dos Estudos Desenvolvidos

A fim de responder aos objetivos específicos propostos nesta pesquisa, esta dissertação foi estruturada em dois estudos. Inicialmente foi feita uma apresentação sobre a articulação do tema de pesquisa, seguida por uma introdução geral tratando dos principais tópicos envolvendo a pesquisa, a saber, a inserção das famílias no contexto das políticas de atenção psicossocial em álcool e drogas, passando a explorar ideias sobre o adoecimento e um modelo teórico de intervenções com familiares, além de esclarecer os objetivos da pesquisa.

Em seguida, o Estudo 1, consta de uma revisão de literatura, de caráter exploratório, qualitativo, na área de Psicologia e áreas afins, com objetivo específico identificar e descrever intervenções com familiares na RAPS conforme descrito na literatura apontando suas potencialidades e fragilidades, para conhecer como as famílias dos usuários de drogas têm sido integradas às intervenções propostas por esta rede. O estudo 1 foi submetido a uma publicação Qualis Capes A2 para a área de Psicologia e aguarda parecer.

O Estudo 2 apresenta uma pesquisa transversal, de natureza descritiva e observacional com abordagem quantitativa correlacional, com objetivos específicos de identificar características sociodemográficas, de relacionamento com os usuários, de participação nos serviços, em uma amostra de familiares de dependentes químicos em atendimento em equipamento da RAPS (CAPS ad) do território do Espírito Santo, além de identificar e correlacionar os níveis de depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e habilidades sociais nesta amostra. Foi aplicado um protocolo diagnóstico composto por questionário

sociodemográfico e cinco instrumentos de medida de adoecimento psicológico, que foram analisados por estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados serão detalhados nos dois artigos desta dissertação.

Por último, são tecidas considerações finais analisando os resultados dos dois estudos e pontuando lacunas, limitações e sugestões e para novas pesquisas.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press. Recuperado em 03 de abril de 2017 de: http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura_SocialLearningTheory_ger.pdf
- Bandura A., & Azzi, R. G. (2017). Teoria social cognitiva: diversos enfoques. Campinas, SP: Mercado de Letras.
- Becoña I. E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado em 05 de abril de 2017 de: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/175.pdf>
- Borloti E.B. (2014). *Análise de fatores de risco e de proteção para o uso de drogas*. Centro Regional de Referência em Crack e outras Drogas de Serra e Cariacica. (pp. 01-26). Vitória: não publicado.
- Borloti, E. B., Haydu, V. B., & Machado, A. R. (2015). Crack: Análise comportamental e exemplos das funções da dependência. *Acta Comportamentalia*, 23(3), 323-338. Recuperado em 06 de abril de 2017 de <http://revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/52062>
- Brasil. Presidência da República. (2001). *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II*. Diário Oficial da União Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde – DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS: Brasília. Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria 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). Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- Caballo, V. E. (2003). Habilidades Sociais: Quadro Teórico. In: Caballo, V. E. (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. (pp.361-398). São Paulo: Santos Livraria Editora, (5ª reimpressão, 2016).
- Copello, A., Templeton, L. & Velleman, R. (2006). Family Intervention for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 19(3), 271-276. doi: 10.1097/01.yco.0000218597.31184.41.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Feitosa, F.B. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100004
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *A Síntese dos Indicadores Sociais 2014 - Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>.
- Kaur, A., Mahajan, S., Deepti, S. S., & Singh, T. (2018). Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: a study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 5(6), 2380-2383. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20182162>
- Laranjeira R., Sakiyama H., Padin M. F., Mitsuhiro S. & Madruga C. (2013). *Levantamento Nacional de Famílias de Dependentes Químicos*. (Lenad Famílias). São Paulo: UNIAD, INPAD. Recuperado em 10 de março de 2017 de <http://www.inpad.org.br/lenadfamilia>.
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0883-9417\(90\)90016-E](http://dx.doi.org/10.1016/0883-9417(90)90016-E)
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2014). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. Retrieved on 09 may 2018 from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/evidence-based-approaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders/family-based-approaches>
- Oliveira, P. A. D. (2010). Habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros: Um estudo correlacional. Dissertação de Mestrado. São Carlos, SP: Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR. Recuperado 10 de julho de 2018, de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6013>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 299-306. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100022>

- Schenker M., Minayo M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717. Recuperado em 12 de abril de 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x>
- Servicio Extremeño de Salud (2011). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia. Recuperado em 10 de abril de 2017, de <http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI101421&id=101421>
- Skinner, B. F.(1953), 1988. *Ciência e Comportamento Humano*. (10ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2016). *World Drug Report 2016*. Viena: UNODC. Retrieved March, 20 2017 from <http://www.unodc.org/wdr2016/>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2017). *World Drug Report 2017*. Viena: UNODC. Retrieved July, 18, 2018 from <http://www.unodc.org/wdr2016/>
- Wandekoken K. D., & Siqueira M. M. (2011). A relação familiar como fator de risco ou proteção para uso de drogas ilícitas. *Rev bras pesquisa saúde*, 13(4), 60-68. Recuperado em 10 de abril de 2017 em <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/3001/2375>.
- World Health Organization [WHO] (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO. Cataloguing-in-Publication. Retrieved on 02 Jun 2018 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=8D402DB3B84151F0F8D1C172DF9BC7EA?sequence=1>

ESTUDO 1

INTERVENÇÕES COM FAMILIARES NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: ESTUDO DE REVISÃO

Interventions with familiars at Psychosocial Care Network in Alcohol and Drugs: Review

Silvia Campos Brunetti Spagnol¹, Teresinha Cid Constantinidis¹, Elizeu Batista Borloti¹.

1. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras | Vitória, ES - Brasil | CEP 29075-910. E-mail: silviaspagnol@gmail.com

RESUMO

O termo *família* está presente na legislação das políticas de atenção ao usuário de drogas, dada a importância dos familiares na rede de suporte ao usuário. Procedeu-se a uma revisão da literatura, com objetivo de identificar e descrever intervenções com familiares na Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Realizou-se busca no Portal de Periódicos CAPES, bases PsycINFO, SCIELO, PNAS, PsycArticles e Web of Science, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico. Foram localizados 1037 estudos no período entre 2001 e 2016. Após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, chegou-se à amostra final de 22 estudos. A análise dos dados evidenciou intervenções familiares oferecidas principalmente nos CAPS ad e na forma de Grupos de Familiares. Identificaram-se lacunas como falta de sistematização dos métodos que sustentam estes grupos, necessidade de diversificação na forma de atendimento, além de necessidade de discussão do tema na formação acadêmica e maior investimento na capacitação dos profissionais. Sugere-se o fomento e a produção de estudos novos mais abrangentes, a partir das experiências desenvolvidas nos serviços aos usuários.

Palavras-Chave: Intervenções familiares, RAPS, álcool e outras drogas, atenção integral, tratamento.

ABSTRACT

Family is a term present in the drug users care policies due to the importance of the user's family support network. The authors conducted a literature revision with the objective of identifying and describing family interventions in Psychosocial Care Network Alcohol and Drugs. Search was conducted in Journals Portal CAPES, PsycINFO, SCIELO, PNAS, PsycArticles and Web of Science databases, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) and Google Scholar. There were found 1037 studies between 2001 and 2016. After reading and applying inclusion and exclusion criteria, there was reached the final sample of 22 studies. Data analysis showed family interventions offered mainly in CAPS ad, in the form of Family Groups. Gaps were identified, such as a lack of systematization of the methods that support these groups, the need for diversification in the form of care, and the need to discuss the theme in academic training, as well as greater investment in training professionals. It was suggested the promotion and production of new, more comprehensive studies, from the experiences developed in the services to users.

Keywords: family interventions, RAPS, alcohol and other drugs, comprehensive care, treatment.

INTRODUÇÃO

Problemas relacionados ao uso arriscado de drogas atingem mais de 29 milhões de pessoas ao redor do mundo, mas apenas uma entre seis delas consegue acesso aos serviços de tratamento a cada ano¹. Transtornos relacionados ao uso abusivo, doenças sexualmente transmissíveis (DST), problemas com a justiça, entre outros, trazem impactos negativos para

várias áreas de vida dessas pessoas, como saúde, estudos, trabalho, relacionamento, finanças. Suas famílias também costumam sofrer a partir destes mesmos impactos.

Unida por laços de parentesco, dependência doméstica ou convivência², em diferentes arranjos, a família é responsável pelas funções de cuidado e socialização de seus membros³. É um sistema complexo, com dinâmica própria, se desenvolvendo em diferentes etapas do ciclo de vida. Seus membros se inter-relacionam desempenhando papéis, provocando e reagindo a mudanças na proporção do valor do vínculo afetivo entre eles. Como resultado deste entrelaçamento, o problema de um dos membros, (e.g. uso arriscado de drogas) geralmente afeta toda a família, a depender do peso desse vínculo afetivo. Nesta relação dinâmica, o problema do abuso e/ou da dependência de drogas pode ter seu início e desenvolvimento relacionado à função da própria relação vincular que define a família. Esta, por outro lado, pode configurar um importante recurso no enfrentamento do problema^{4,5}.

Por isto é consenso que a família pode ser tanto fator de risco como fator de proteção para o uso arriscado de drogas^{4,5,6}. Entre os fatores de risco familiar estão consumo de drogas pelos pais, baixa supervisão familiar, baixa disciplina, conflitos, história familiar de comportamento antissocial (CAS), atitudes parentais favoráveis ao CAS e ao uso de drogas, baixas expectativas para o sucesso dos filhos e abuso físico. Já entre fatores de proteção familiar, destacam-se as oportunidades de envolvimento na família, crenças saudáveis e claros padrões de comportamento, expectativas parentais altas, senso de confiança positiva e dinâmica familiar positiva⁷. Em ambos os casos, o acompanhamento da família do usuário traz benefícios ao tratamento, seja para atenuar fatores de risco, seja para potencializar fatores de proteção. Por isto, a legislação da Atenção Psicossocial aponta a família como imprescindível para a efetividade do tratamento do uso arriscado de drogas, considerando sua influência na construção da rede de suporte social do usuário.

No Brasil, esta influência é reconhecida desde o início dos anos 2000. A Política Nacional de Saúde Mental, que inclui a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas, vem sendo aprimorada desde a Lei 10216/2001, abolindo o modelo asilar e redirecionando a atenção para serviços prestados em base comunitária⁸. A participação da sociedade e da família visa promover os direitos das pessoas com transtornos mentais gerais e/ou relacionados ao uso de drogas.

O uso arriscado de drogas por um dos membros do grupo familiar pode trazer desequilíbrio e sofrimento para a dinâmica desse grupo, tendo repercussões diferentes em membros diferentes, devido aos vínculos formados. No geral, sua ocorrência no repertório de um membro leva a família (no todo ou em parte) a direcionar seus esforços para auxiliá-lo em suas necessidades, em detrimento do possível sofrimento dos outros membros. Os familiares, fragilizados, sofrem os impactos desse uso na vida social e na renda do grupo, além de poder sofrer com situações de violência, ameaças e agressões, e com problemas somáticos ou psicológicos. Dentre os membros de famílias nesta condição, as mães são especialmente suscetíveis ao adoecimento⁹ por serem a maioria dos cuidadores familiares a cargo de acompanhar o tratamento dos usuários junto aos serviços de saúde e recebendo os impactos desse cuidado.

Na tentativa de regular as ações sobre tais impactos, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas veio ampliar a assistência, preconizando a atenção integral ao usuário e suas famílias, a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ações de prevenção, tratamento, reabilitação, reinserção social e promoção da saúde. Os dispositivos da RAPS, em especial o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad), devem possibilitar, entre outras atividades, o atendimento a grupo de familiares. Em seu aspecto mais básico, esse atendimento é oferecido em reuniões de familiares a fim de promover a solidariedade, discutir problemas (e enfrentar aqueles mais

difíceis e em comum) e orientar sobre o diagnóstico e a participação no tratamento. É possível, ainda, atender a família de modo individualizado (atendimento familiar nuclear) para que o cuidado seja dirigido a um ou mais membros que precisem de orientação e acompanhamento em situações rotineiras ou em momentos de crise¹⁰.

Os serviços ao alcance das famílias pretendem mobilizá-las para o suporte ao familiar usuário, como parceiras no tratamento. Os familiares são incentivados a participar como corresponsáveis pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos seus membros usuários. Entretanto, esta parceria corresponsável tem como grande empecilho o fato das famílias, muitas vezes, estarem envolvidas na função do comportamento de uso de drogas do membro, vulneráveis a diversas ordens de problemas, precisando elas próprias de assistência, em geral, intersetorial (saúde, assistência social, justiça etc.). Essa tem sido uma dificuldade da atenção e é apontada por estudos argumentando que a oferta de serviços aos usuários de drogas pode não estar em consonância com a demanda das famílias desses usuários¹¹.

Para que se possam atender as demandas das famílias, é importante conhecer as intervenções a elas destinadas na legislação da RAPS, aumentando a oferta, aperfeiçoando resultados, para promover a almejada atenção integral em álcool e drogas. Assim justificado, este artigo tem como objetivo identificar e descrever intervenções familiares na RAPS, apontando suas potencialidades e fragilidades, com a finalidade de responder à seguinte pergunta: como as famílias dos usuários de drogas têm sido integradas às intervenções propostas pelos serviços da RAPS? A resposta a esta pergunta se justifica também pela possibilidade de gerar conhecimento sobre as estratégias de intervenções familiares produzidas pelos serviços da RAPS. Isto tem seu mérito, dadas a importância da família para o tratamento do abuso e da dependência de drogas e a necessidade de dar visibilidade ao modo como têm sido abordadas as famílias nos serviços disponíveis a população para a qual se destina esse tratamento.

MÉTODO

Para atingir o objetivo apresentado foi realizado estudo de revisão de literatura, de caráter exploratório, qualitativo, através de uma busca abrangente¹² de resumos no Portal de Periódicos Capes, junto às bases de dados PsycINFO, SCIELO, PNAS, PsycArticles e Web of Science, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico.

Determinou-se o recorte temporal a partir de 2001 (ano de início da vigência do atual modelo de atenção psicossocial) e organizou-se a estratégia de busca com auxílio dos operadores booleanos AND e OR e recursos de truncagem (*, “, ”), associados aos seguintes termos em português no singular e plural, no total ou em combinações diversas: família, intervenção familiar, intervenção com família, intervenção psicossocial, aconselhamento familiar, assistência familiar, grupo de família, grupo multifamiliar, relação familiar, dinâmica familiar, grupo, atenção à família, codependência, usuário de drogas, dependente químico, dependência química, usuário de álcool e drogas, usuário de substâncias psicoativas, abuso de substâncias, RAPS, RAPS-AD, RAPSAD, CAPS-AD, CAPS ad, políticas públicas, atenção integral, tratamento. A diversidade de descritores foi definida a partir da leitura da legislação, ao mesmo tempo em que já se antecipava que se poderia encontrar na revisão um dissenso na nomenclatura do atendimento de famílias.

Após a busca junto às bases de dados, aplicou-se o critério de inclusão: os estudos mencionarem algum tipo de intervenção com familiar na RAPS, mesmo que esse não fosse seu objetivo específico. Foram critérios de exclusão: (a) estudos que tratassem apenas de intervenções com usuários, sem referência à participação de familiar ou fora da RAPS; (b)

textos duplicados; (c) estudos teóricos; e (d) estudos cujos textos completos não fossem localizados no meio eletrônico, uma vez que a amostra final teria leitura na íntegra.

Conforme descrito na Figura 1, inicialmente localizou-se 1037 estudos. Após leitura dos títulos e resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram descartados 1001 estudos, resultando numa amostra de 36 estudos. Estes foram catalogados no gerenciador bibliográfico ENDNOTE web, gerando uma lista de referências da amostra e de localização dos textos completos. Após a leitura integral, foram excluídos mais 14 estudos, por não atenderem aos critérios estabelecidos, culminando na amostra final de 22 estudos.

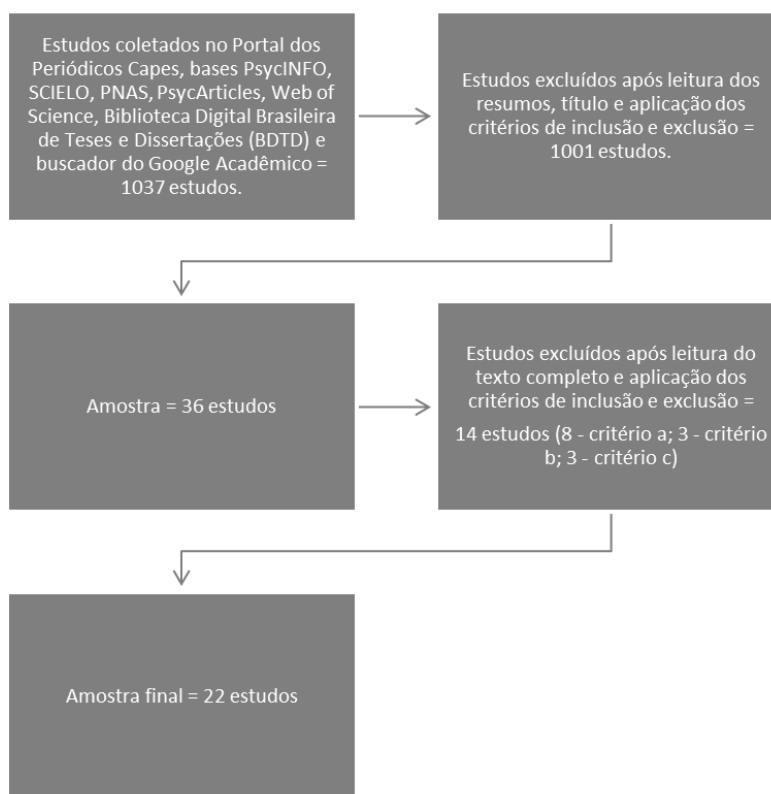


Figura 1 - Estratégia de busca e coleta de dados

RESULTADOS

A caracterização dos estudos da amostra (n=22) está apresentada no Quadro 1. Destacou-se os autores, ano, método e objetivo do estudo, além do serviço em que foi realizado o estudo e tipo de intervenção com familiar,

Quadro1 – Caracterização dos Estudos da Amostra

AUTORES / ANO	MÉTODO	OBJETIVO	SERVIÇO/ INTERVENÇÃO
Alves RD et al (2015)	Qualitativo	Relatar a vivência de três estudantes de graduação em Enfermagem em um Grupo Terapêutico Familiar do CAPS ad de Sobral (CE). ¹⁴	CAPS ad / Grupo de familiares
Bortolon CB et al. (2016)	Quantitativo	Identificar os sintomas de codependência e as questões de saúde em familiares codependentes usuárias de um serviço telefônico de aconselhamento. ¹⁵	LIGUE 132 (VIVAVOZ) /Aconselhamento individual
Braun LM et al(2014)	Qualitativo	Apresentar um relato de experiência sobre o atendimento à família realizado em um CAPS por uma assistente social especialista em terapia familiar. ¹⁶	CAPS ad / Atendimento individual à família (Atendimento nuclear)
Costa JT (2010)	Qualitativo	Examinar a co-construção de estratégias da visão Sistêmica dos Novos Paradigmas desenvolvidas no contexto conversacional de atendimento de multifâmias. ¹⁷	Centro de Acolhimento SOS Drogas (CREAD) MG / Grupo de familiares
Silva CAF et al(2013)	Qualitativo	Analisar as concepções de familiares de usuários do CAPS ad de Sobral, CE sobre a dependência química, tratamento e estratégias de redução de danos. ¹⁸	CAPS ad / Grupo de familiares
Nascimento LTR et al (2015)	Qualitativo	Identificar as atividades terapêuticas para familiares de usuários de um CAPS ad e analisar se elas proporcionam benefícios para a relação entre o familiar e o usuário. ¹⁹	CAPS ad / Grupo de familiares
Duarte MDLC et al(2015)	Qualitativo	Avaliar qualitativamente a percepção de usuários de crack sobre os Grupos de Familiares do CAPS ad. ²⁰	CAPS ad / Grupo de familiares
Azevedo MD, Miranda FAN (2011)	Qualitativo	Apreender as representações sociais de participação nas atividades dos familiares de usuários dos CAPS de Natal (RN). ²¹	CAPS ad Grupo de familiares
Azevedo MD, Miranda FAN (2010)	Qualitativo	Investigar a percepção de familiares acerca do tratamento ofertado nos CAPS ad Norte e Leste de Natal (RN). ²²	CAPS ad / Grupo de familiares
Lins MRSW (2009)	Qualitativo	Conhecer as práticas terapêuticas realizadas para as famílias nos CAPS em Porto Alegre - RS, problematizando sobre a relevância do atendimento familiar para as políticas oficiais. ²³	RAPS / Grupo de familiares

Lopes RE, Therrian SMN, Araújo PA et al (2015)	Qualitativo	Elencar impressões observadas em campo durante a vivência com mulheres que têm familiares usuários de drogas, acerca da assistência em saúde mental oferecida a elas. ²⁴	CAPS ad / Hospital Geral / CREAS / Grupo de familiares
Martins M, et al (2008)	Quantitativo	Identificar a percepção do uso de drogas entre familiares que vivem em situação de pobreza extrema, participantes de um grupo socioeducativo da periferia de uma cidade do interior de SP. ²⁵	CRAS/ Grupo socioeducativo do PAIF
Moraes LMP et al (2009)	Qualitativo	Identificar o modo como a codependência é expressa no grupo de familiares codependentes. ²⁶	CAPS ad / Grupo de familiares
Nascimento DG. (2012)	Qualitativo	Analisar a participação da família no acompanhamento de usuários do CAPS ad de Corumbá (MS). ²⁷	CAPS ad / Grupo de familiares
Paz FM, Colossi PM (2013)	Qualitativo	Estudar a dinâmica relacional em um caso de dependente químico e sua família, atendidos por instituição de saúde. ²⁸	CAPS ad/ Atendimento individual à Família (Atendimento Nuclear)
Schwerz CI (2007)	Qualitativo	Analisar vantagens e desvantagens identificadas pela família, pelo usuário e pela equipe responsável, do modelo de internação domiciliar, de modo a contribuir para o seu aprimoramento. ²⁹	Ambulatório de Hospital Psiquiátrico SESA-RS/ Atendimento individual à Família (Atendimento Nuclear)
Silva JLD (2011)	Qualitativo	Apresentar e avaliar o programa de tratamento e prevenção <i>TRA: terapia de rede para adictos</i> em comunidades terapêuticas com foco no contexto sociofamiliar. ³⁰	Comunidade terapêutica Terapia de Rede para Adictos TRA.
Alvarez SQ et al (2012)	Qualitativo	Conhecer a percepção de familiares acerca da importância do grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado. ³¹	CAPS ad / Grupo de familiares
Siniak DS, Pinho LB (2015)	Qualitativo	Caracterizar o apoio de informação recebido por familiares de usuários de crack. ³²	CAPS ad / Grupo de familiares
Seadi SMS, Oliveira MS (2009)	Quantitativo	Investigar e avaliar fatores associados à adesão ao tratamento multifamiliar no tratamento hospitalar. ³³	Hospital / Grupo de familiares
Soccol KLS et al(2013).	Qualitativo	Descrever o cuidado familiar. ³⁴	CAPS ad / Grupo de familiares
Orth APS, Moré CLOO (2008)	Qualitativo	Caracterizar aspectos da estrutura e da dinâmica das famílias, que aparecem como “coautoras” tanto do surgimento do abuso da droga e de sua evolução. ³⁵	CAPS ad /Grupo de familiares

Os 22 estudos sobre intervenções com familiares na RAPS foram localizados, em sua maioria, em artigos de periódico (n=17, 77,27%). Os profissionais com formação em enfermagem foram os autores ou coautores mais frequentes (n=10, 45,45%), seguidos pelos com formação em psicologia (n=7, 31,82%). Mais da metade das intervenções identificadas

(n=14, 63,64%) ocorreram nos CAPS ad. O principal tipo de intervenção oferecido aos familiares foi o “Grupo de Familiares” (n=16), descrito em 72,73% dos estudos revisados, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos estudos revisados

Tabela 1 - Caracterização dos estudos revisados		
Tipo de publicação (n=22)	N	%
Artigos de periódicos	17	77,27
Dissertações e teses	5	22,73
Área de atuação dos autores (n=22)	N	%
Enfermagem	10	45,45
Psicologia	7	31,82
Multidisciplinar	3	13,64
Assistência social	1	4,55
Medicina	1	4,55
Serviços onde se localizaram os estudos (n=22)	N	%
CAPS AD	14	63,64
Hospital	2	9,09
Mais de um equipamento da RAPS	2	9,09
Outros (Ligue 132 VIVAVOZ e CRAS)	2	9,09
Comunidade terapêutica	1	4,55
Centro de Acolhimento	1	4,55
Tipo de intervenção familiar identificada (n=22)	N	%
Grupo de familiares	16	72,73
Atendimento individual à família	3	13,64
Serviço telefônico de aconselhamento Ligue 132 Vivavoz	1	4,55
Grupo socioeducativo do PAIF - CRAS	1	4,55
Terapia de Rede para Adictos	1	4,55

Quanto aos tipos de intervenções com familiares, foi possível entender o que são, como relata o Quadro 2, pela descrição da sua sessão e das suas principais potencialidades e fragilidades, em seus diferentes contextos e funções. As potencialidades foram inferidas dos relatos de indicadores de melhorias de diversos aspectos na dinâmica e nas relações familiares. Entretanto, os relatos não se detiveram na descrição dos métodos que levaram ao potencial transformador das intervenções.

Quadro 2 – Descrição das Intervenções, Potencialidades e Fragilidades.

Tipo	Descrição da sessão	Potencialidades	Fragilidades
Grupo de familiares	Modalidade: grupal multifamiliar Contexto ou serviço: CAPS ad Periodicidade: semanal Duração: 90 min Agenda: acolhimento (escuta), desenvolvimento (discussão ou debate) e encerramento (avaliação) Abordagem: sistêmica Definição técnica: grupo de famílias	Fortalecimento. Aprendizagem de novos comportamentos Compartilhamento, aceitação e aquisição de recursos de enfrentamento. Autonomia à família cuidadora. Prática humanizada Inclusão da família no tratamento. Corresponsabilização. Interação entre famílias Liberdade de expressão discussão e escuta. Melhora nas relações familiares.	Motivação extrínseca para a participação. Quantidade de demandas apresentadas Adesão Mobilização Conciliação de horários Resistência à mudança do repertório técnico
Serviço telefônico de aconselhamento Ligue 132 – VIVAVOZ.	Modalidade: individual anônimo (telefônico) Contexto ou serviço: SENAD Periodicidade: diário 24 horas Duração: variável Agenda: acolhimento (não informado), desenvolvimento (orientações e informações) e encerramento (não informado). Abordagem: entrevista motivacional Definição técnica: serviço telefônico de aconselhamento.	Informações sobre efeitos e riscos das drogas e sobre locais de tratamento. Aconselhamento telefônico a usuários e familiares Acompanhamento do problema. Assistência à saúde à distância. Abrangência nacional.	Divulgação do serviço. Autorrelato (minimização de comportamentos ou sintomas). Acesso a exames clínicos ou a registros médicos. Caracterização dos usuários por relato do familiar e não por critérios diagnósticos.
Atendimento individual à família (Atendimento Nuclear)	Modalidade: grupal unifamiliar Contexto ou serviço: CAPS ad, hospital ou domiciliar. Periodicidade: semanal Duração: 60 min Agenda: acolhimento (escuta), desenvolvimento (informação e discussão de temas) e encerramento (não informado). Abordagem: terapia familiar sistêmica/ entrevista motivacional Definição técnica: atendimento nuclear, terapia familiar.	Espaço terapêutico Exercício do diálogo e expressão de opiniões. Aprendizagem de novos comportamentos. Interação e discussão de novas perspectivas e estratégias de enfrentamento diante dos problemas apresentados.	Falhas na Intervenção (falhas no processo). Capacitação.
Grupo socioeducativo do PAIF – CRAS	Modalidade: grupal multifamiliar Contexto ou serviço: CRAS Periodicidade: quinzenal Duração: não informado Agenda: Acolhimento (dinâmicas), desenvolvimento (discussões) e encerramento (não informado). Abordagem: não informado Definição técnica: grupo socioeducativo	Interação e sensibilização dos integrantes Discussões sobre o uso de drogas e suas consequências Relacionamento interpessoal com os usuários	Frequência. Qualidade da informação disponibilizada. Número de programas para atender a demanda.
Terapia de Rede para Adictos - TRA	Modalidade: grupal multifamiliar Contexto ou serviço: comunidade terapêutica Periodicidade: mensal – 6 encontros Duração: 90 min Agenda: 1. Identificação do problema, 2. Conhecimento da família, 3. Relacionamento interpessoal, 4. Ressignificação de relações, 5. Elaboração de projeto familiar, 6. Projeto Abordagem: Terapia de Rede para Adictos Definição técnica: grupo terapêutico.	Construção participativa (conselheiros / pacientes e famílias). Resgate de aspectos resilientes e competências dos sistemas familiares. Empoderamento do grupo.	Generalização para outros serviços e contextos. Permanência dos conselheiros nos serviços. Distância geográfica entre familiares e pacientes.

De forma ampla, a revisão aponta para três categorias principais que direcionam os objetivos das intervenções com familiares na RAPS:

- 1. Psicoeducação e/ou orientação de familiares:** dentre os 22 estudos revisados, 16 deles ^{14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33} destacam o objetivo de informar sobre peculiaridades da dependência química, no sentido de fornecer regras para o comportamento de lidar com o usuário em seu domicílio, favorecendo a resolução de problemas ou, no mínimo, a diminuição da sua interferência na família.

- 2. Análise da família como fator de proteção e de risco:** em 20 estudos a família é considerada como fator de risco e de proteção. Em dois deles ^{15, 26}, a codependência é vista em seu impacto negativo no sistema familiar, sendo ressaltada a importância de reverter este impacto, trazendo a família como parte da rede de suporte ao usuário de drogas. Neste sentido, esses estudos mostram a necessidade de tratar a desadaptação familiar e de esclarecer aos familiares questões da dependência implicadas em situações de risco para a recaída do membro em tratamento. Em 18 estudos ^{16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35} ressalta-se que a atenção ao usuário não pode se restringir à droga e ao indivíduo dependente, mas deve envolver a família de modo a torná-la fator de proteção ao uso de drogas. Ainda, indicam a importância de técnicas interventivas que fortaleçam aspectos resilientes dos familiares, assim como de conformação de redes de apoio social que sustentem a família no enfrentamento das adversidades.

- 3. Acolhimento Familiar:** Em número menor, 10 estudos ^{19, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 31, 33} mostram a necessidade de escuta das demandas e queixas dos familiares, de criação de espaço para conversarem sobre dependência química e de oferecimento de suporte. Usualmente, descrevem o acolhimento como parte de um processo maior que envolve o tratamento do usuário, favorecendo a segurança do seu familiar ou da sua família em relação às decisões necessárias ao enfrentamento de problemas do tratamento, o que

aumenta a probabilidade do seu engajamento no cuidado ao usuário e, também, do autocuidado do usuário.

DISCUSSÃO

Alguns estudos revisados (Quadro 1) citaram termos para classificar famílias com membros que fazem uso arriscado de álcool e outras drogas, ou para classificar os processos familiares envolvendo-os. Algumas famílias (ou alguns familiares) aparecem adjetivadas como “codependentes”^{15, 26}; outras, como “coautoras”³⁵.

Codependência é um “padrão comportamental que se caracteriza essencialmente pela manutenção de dependência emocional com uma pessoa que, por sua vez, é controlada por um objeto de dependência”³⁶. Assim, na família “codependente” um ou mais membros vivenciam dependência emocional em relação ao familiar que é dependente químico, vivência essa que traz sofrimento e demanda tratamento. Familiares “codependentes” têm déficits nos repertórios de estabelecimento de regras (limites) e de defesa de necessidades, o que repercute em culpa, descontrole emocional e baixa autoestima¹⁵. Esses déficits geram conflitos, fator de risco para a manutenção do comportamento de uso de drogas, pois além de não auxiliarem no tratamento do familiar usuário, dificultam a busca de ajuda para os próprios familiares envolvidos em conflitos. Também a família “coautora” tem papel no surgimento do abuso da droga e na sua evolução³⁵, seja por histórico de uso arriscado de drogas por outros familiares ou diferentes padrões disfuncionais no relacionamento intrafamiliar. Nesta perspectiva, familiares codependentes e coautores necessitam de atenção em suas necessidades específicas no sentido de minimizar o fator de risco do seu comportamento. Além do fator de risco que representam para o uso arriscado de drogas, seu próprio sofrimento os torna sujeitos-alvo das intervenções com familiares na RAPS ad.

Em geral, os resultados dos estudos registram que as intervenções, em diferentes modalidades, proporcionam melhorias às relações familiares^{16, 17, 19, 20, 22, 29, 31, 32}. No entanto, são destacadas dificuldades na inserção dos familiares nas ações de atenção e cuidado, por sua baixa participação²¹. Diante disso, alguns estudos sugerem estratégias para aumentar a adesão familiar, como: diversificação e aumento de oferta de atividades terapêuticas destinadas às famílias^{15, 22, 24, 25, 27}, oferta de atividades em horários alternativos²⁰ e inclusão de número maior de familiares por usuário nas intervenções voltadas à família³³.

As famílias dos usuários de drogas têm sido integradas aos serviços da RAPS majoritariamente através do CAPS ad, dado este que se destaca nos estudos revisados, confirmando a proposta deste serviço de ser local de referência da atenção especializada para o tratamento de usuários de drogas e seus familiares^{10, 37}. As modalidades grupais de atendimento são as mais frequentes, conforme mostra o Quadro 2. O “Grupo de Familiares”, que aparece em mais de 70% dos estudos revisados, ocorre geralmente em encontros semanais de noventa minutos em torno de: acolhimento, discussão de temas relativos a álcool e drogas e encerramento, com avaliação do encontro. Estes achados corroboram o que está previsto nas diretrizes do CAPS que incluem o atendimento à família^{10, 37}.

O Grupo de Familiares é apresentado nos artigos revisados como tendo diversas potencialidades, levantadas no Quadro 2. É descrito como recurso de fortalecimento dos laços familiares, de aprendizagem de novos comportamentos, compartilhamento de experiências e aquisição de habilidades de enfrentamento dos problemas. É exposto como favorecedor da autonomia da família cuidadora, atuando na construção de prática humanizada e acolhedora. Propõe a inclusão da família no tratamento, sua corresponsabilização, além da interação entre as famílias participantes. É ainda relatado como promotor de liberdade de expressão, discussão e escuta, produzindo melhora nas relações familiares dentro e fora do lar.

Entretanto, poucos trabalhos ressaltam de modo objetivo o efeito terapêutico do “Grupo de Familiares”^{14, 32}. E esses poucos não descrevem a técnica que produz este efeito. Falta o detalhamento da orientação ou abordagem utilizada, a descrição dos métodos e a sistematização dos conhecimentos que sustentam essa prática profissional. Esta lacuna é uma questão importante a ser discutida e preenchida, pois impacta: (1) na replicabilidade dos processos grupais voltados às famílias, (2) na análise dos resultados e (3) no aperfeiçoamento da atenção integral em álcool e drogas. O investimento no caráter terapêutico do grupo de familiares poderia significar parte da resposta às fragilidades apontadas pelos estudos, como a baixa adesão, problema quase sempre devido à dificuldade de preencher demandas, especialmente as de fragilização e adoecimento de familiares na condição de cuidadores dos dependentes químicos.

O caráter coletivo do Grupo de Familiares favorece a participação de mais pessoas por encontro, sendo uma potencialidade dessa intervenção na RAPS. Por outro lado, os profissionais necessitam considerar que esta configuração pode não atender a todos os tipos de familiares, podendo inibir ou diminuir a chance de adesão de alguns deles ao serviço. Assim, há a necessidade de se avaliar perfis de familiares e incluir formas diversificadas de atendimento familiar, como previsto na legislação^{6, 10}.

Uma forma diversificada de atendimento a familiares aparece descrita em três estudos revisados: a intervenção individualizada com famílias^{16, 28, 29} (Atendimentos Nucleares), executada em visitas hospitalares ou domiciliares e em atendimentos no CAPS ad. O Atendimento Nuclear é visto por seus autores como tendo potencial terapêutico por seu aspecto transformador e dialógico: oportuniza que os familiares expressem opiniões e aprendam novas possibilidades de relacionamento, além de discutirem novas estratégias de enfrentamento de problemas.

A análise indica, nos espaços da RAPS, a escassez de oferta de atenção individualizada ao familiar ou de atenção à família nuclear, planejada a partir do acolhimento singular das questões do grupo familiar. Isso sinaliza para uma das fragilidades apontada nos estudos: a necessidade de capacitação das equipes profissionais¹⁶ para a realização deste tipo de intervenção junto às famílias. Essa capacitação demanda o treinamento de habilidades específicas de análise e de modificação das queixas do grupo familiar envolto no problema do uso arriscado de álcool e outras drogas circunscritas às questões culturais específicas da família como grupo.

Outros três tipos de intervenção com famílias são descritos no Quadro 2: (a) Terapia de Rede para Adictos³⁰, com foco no contexto sociofamiliar e no grupo de pares, através da capacitação de conselheiros (ex-usuários) como facilitadores, em Comunidades Terapêuticas. Entre suas potencialidades estão a construção participativa do tratamento e o resgate de aspectos resilientes do grupo. (b) Serviço Telefônico de Aconselhamento Ligue 132 – VIVAVOZ¹⁵, que propõe a prestação de informações a usuários e familiares sobre os riscos das drogas, locais de tratamento, além do aconselhamento psicossocial telefônico *per se*. Tem potencial de alcance nacional, porém falta divulgação do serviço à população. (c) Grupo Socioeducativo²⁵, disponível para famílias em assistência por situações de vulnerabilidade por riscos sociais e/ou por problemas de saúde. Trata-se de grupo informativo e favorecedor da percepção, interação e sensibilização dos integrantes, a partir de discussões sobre o uso de drogas e suas consequências. Pode ser especialmente relevante na atenção primária à saúde, no Sistema Único de Saúde, e na atenção social básica, no Sistema Único de Assistência Social. Apesar de sua relevância, a técnica da intervenção socioeducativa nestes grupos não é descrita, impedindo o treinamento e a replicação do seu procedimento.

Em contraponto, a experiência internacional em intervenções com familiares de dependentes químicos vem avançando no estabelecimento de protocolos de atuação podendo

ser estudada e avaliada como alternativa a se adaptar e testar à realidade brasileira. Pesquisadores do Reino Unido têm apresentado evidências da influência das famílias e redes sociais no tratamento da dependência de SPA, indicando que intervenções familiares produzem resultados positivos tanto para usuários quanto para as famílias, podendo favorecer o engajamento dos usuários mesmo antes que eles estejam totalmente motivados e fortalecer sua rede de proteção, minimizar ou eliminar a influência das redes sociais que apoiam comportamentos de uso. Abordagens integrativas, baseadas em evidência, são direcionadas aos familiares nos serviços públicos e incluem (a) avaliação de rotina dos pontos fortes e necessidades das redes familiares e sociais atuais de usuários de substâncias; e (b) implantação de estratégias que afetem tanto o usuário de substâncias quanto suas redes familiares e sociais, visando seu bem estar e qualidade de vida.³⁷

Também o modelo espanhol de atenção em dependência química utiliza um protocolo de atenção aos familiares buscando melhores resultados tanto para a recuperação do familiar usuário, quanto para a melhora das relações familiares e atua em duas frentes, considerando o nível de colaboração do familiar no processo do usuário e os sintomas de mal estar apresentados pelo familiar cuidador: a) fornece informações e aconselhamento para que o familiar cuidador adquira habilidades para a tarefa de cuidado do usuário, de forma a potencializar o processo de tratamento; b) provê apoio e assistência terapêutica ao familiar, para que este tenha equilíbrio e suporte emocional a fim de conseguir executar a tarefa de cuidado sem sobrecarga.³⁸

Nos Estados Unidos, o National Institute of Drug Abuse (NIDA) aponta que abordagens familiares para o tratamento da dependência química destacam a necessidade trazer a família para o envolvimento no tratamento usuário, para auxílio na atuação nos controles, regras e suporte ao usuário. Envolver a família é essencial para a resolução de problemas, tanto do usuário como da comunicação familiar, resolução de conflitos, equilíbrio

da saúde emocional, fortalecimento da rede de suporte social do usuário. Tratamentos com base em abordagens familiares ou envolvendo a família, como Terapia Familiar Estratégica Breve, Terapia Comportamental Familiar e Terapia Multisistêmica são aplicados em ambientes ambulatoriais, comunitários e intensivos de tratamento.³⁹

Percebe-se a necessidade da discussão da temática e da técnica das intervenções com familiares de usuários da RAPS na formação acadêmica, de modo a preparar futuros profissionais com conhecimentos teórico-práticos que possibilitem sua atuação com famílias. Também é necessário investimento na educação permanente dos profissionais para atuarem junto às famílias de modo a definir a melhor modalidade de atendimento, a depender da dinâmica da família (ou do perfil do familiar), que deve ser combinada à dinâmica do serviço, de modo a esta se adaptar àquela.

Considera-se que este artigo possibilitou a identificação e descrição das intervenções com familiares na RAPS, mostrando potencialidades e fragilidades, e caracterizando a forma como as famílias dos usuários de drogas têm sido integradas às intervenções propostas pela RAPS. Algumas lacunas identificadas foram: (1) a falta de descrição e sistematização de métodos que compõem as intervenções com familiares na RAPS, (2) a necessidade de inclusão de formas diversificadas de atendimento aos familiares, (3) a necessidade da discussão da temática na formação acadêmica e (4) a demanda por maior investimento na capacitação dos profissionais para atuarem em intervenções com familiares.

Observou-se, ainda, produção científica reduzida dentro do período pesquisado, com número pequeno de pesquisas descrevendo propostas sistematizadas de intervenções com familiares. Sugere-se a produção de novos estudos ampliando a amostra para além da RAPS, a fim de que se produza maior conhecimento a respeito das diversas formas de intervenções familiares direcionadas à atenção em álcool e outras drogas, dada a relevância social do tema.

Colaboradores

SCB Spagnol e TC Constantinidis participaram igualmente das etapas de produção do artigo: concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser enviada para publicação. EB Borloti contribuiu com a interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser enviada para publicação.

Agradecimento.

Este trabalho foi realizado durante a vigência da bolsa de Mestrado (Convênio UFES/CAPES) concedida à primeira autora do artigo (S C B Spagnol).

REFERÊNCIAS

1. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC.ORG. [homepage na Internet]. *Número de adultos que apresentam dependência de drogas sobe pela primeira vez em seis anos*. 2016 [Acesso em 2016 Jun 23]; Disponível em <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2016/06/03-numero-de-adultos-que-apresentam-dependencia-de-drogas-sobe-pela-primeira-vez-em-seis-anos.html>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *A Síntese dos Indicadores Sociais 2014 - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. [Acesso 2016 Mai 30]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>.
3. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Brasília: CONANDA; 2006. [Acesso em 2016 Jun 25]; Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/pdf/plano-nacional-de-convivencia-familiar-e.pdf>.
4. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (3): 707-717. [Acesso em 2016 Mai 30]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>.
5. Wandekoken KD, Siqueira MM. A relação familiar como fator de risco ou proteção para uso de drogas ilícitas. *Rev bras pesqui saúde* 2011; 13(4): 60-68. [Acesso em 2016, Mai 30]; Disponível em <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/3001/2375>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. [Acesso em 2016 Jun 22]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html
7. Borloti EB. *Análise de fatores de risco e de proteção para o uso de drogas*. Centro Regional de Referência em Crack e outras Drogas de Serra e Cariacica: não publicado. 2014: 01-26.
8. Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 2001. [Acesso em 2016 Jun 21]; Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.216-2001?OpenDocument.
9. Laranjeira R, Sakiyama H, Padin MF, Mitsuhiro S, Madruga C. *Levantamento Nacional de Famílias de Dependentes Químicos*. (Lenad Famílias). São Paulo: UNIAD, INPAD, CNPQ. 2013. [Acesso em 2016 Jun 21]; Disponível em: <http://www.inpad.org.br/lenadfamilia>.

10. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004; [Acesso em 2016 Mai 16]; Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
11. Constantinidis TC, Andrade AN. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Cienc Saúde Colet* 2015; 20(2): 333-342. [Acesso em 2016 Mai 16]; Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200333
12. Zoltowski APC, Costa AB, Teixeira MAP, Koller SH. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. *Psicol teor pesqui* 2014; 30(1): 97-104. [Acesso em 2016 Jun 01]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/12.pdf>
- 13*. Alves RD, Moraes TTM, Rocha SP, Rocha NNV, Duarte SR, Sampaio FFF. Grupo de Familiares em CAPS AD: Acolhendo e Reduzindo Tensões. *Sanare, Sobral* 2015; 14(1): 81-86. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/613/330>
- 14*. Bortolon CB, Signor L, Moreira TDC, Figueiro LR, Benchaya MC, Machado CA, et al. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Cienc Saúde Colet* 2016; 21(1):101-107 [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000100101&script=sci_arttext
- 15*. Braun LM, Dellazzana-Zanon LL, Halpern SC. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. *Rev SPAGESP* 2014; 15: 122-44. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200010&nrm=isso
- 16*. Costa JT. *Atendimento de multifamílias de dependentes químicos*. [Dissertação]. Belo Horizonte: PUC MINAS. 2010. 108p. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_CostaJT_1.pdf
- 17*. Silva CAF, Oliveira EN, Costa MSA. Concepções dos familiares de dependentes químicos atendidos no centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral - CE. *Sanare, Sobral* 2013; 6(2). [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/156>
- 18*. Nascimento LTR, Souza J, Gaino LV. Relationship between drug dependence and alcohol users receiving treatment in a community health center specializing in alcohol treatment. *Texto & contexto enferm* 2015; 24(3):834-841 [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://repositorio.caminhosdocuidado.org/bitstream/handle/563/1/tce-2015003610013.pdf>
- 19*. Duarte MDLC, Viana KRDF, Olschowsky A. Avaliação de usuários de crack sobre os grupos de familiares no centro de atenção psicossocial. *Cogitare enferm* 2015; 20(1):81-88. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37597/24847>
- 20*. Azevedo MD, Miranda FAN. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery* 2011; 15(2): 354-360. [Acesso 2016 July 10]

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200019&lng=en.

21*. Azevedo MD, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família *Esc Anna Nery* 2010; 14(1):56-63 [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%207.pdf

22*. Lins MRSW. Políticas públicas na (des) atenção à família com drogadição. [Dissertação]. Porto Alegre: PUC-RS, 2009. [acesso 2016 Jul 10] . Disponível em <http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4775/1/000412074-Texto%2bCompleto-0.pdf>

23*. Lopes RE, Therrian SMN, Araújo PA, Gomes BV, Cavalcante MMB. Quando o conviver desvela: assistência de saúde mental às mulheres com familiares usuários de droga. *Sanare, Sobral* 2015; 14(1): 22-26. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/604/321>

24*. Martins M, Santos MA, Pillon SC. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. *Rev latinoam enferm* [internet] 2008; 16(2). [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16953>

25*. Moraes LMP, Braga VAB, Souza AMA, Oriá MOB. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. *REME rev min enferm* 2009; 13(1): 34-42. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/160>

26*. Nascimento DG. *A Importância da Participação da Família no Acompanhamento do Familiar no CAPS AD de Corumbá-MS*. [Monografia]. Campo Grande: 2012. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://200.129.206.102:8080/jspui/handle/123456789/634>

27*. Paz FM, Colossi PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estud psicol (Natal)*. 2013; 18(4):551-558. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000400002

28*. Schwerz CI. *A família como rede de apoio ao dependente químico: desafios e possibilidades no âmbito da saúde pública*. [Dissertação]. Porto Alegre: PUC-RS; 2007 [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://tede2.pucrs.br:8080/tede2/bitstream/tede/609/1/395696.pdf>

29*. Silva JLD. *Terapia de rede para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas*. [Tese]. São Paulo: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP; 2011. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=Ink&exprSearch=643261&indexSearch=ID>

30*. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Rev Gaucha Enferm*. Porto Alegre. 2012; 33(2):102-108. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/15>

- 31*. Siniak DS, Pinho LB. Caracterização do apoio de informação recebido por familiares de usuários de crack. *Ciênc. cuid. saúde* 2015; 14(3):1339-45. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/26019>
- 32*. Seadi SMS, Oliveira MS. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicol. Clín* 2009; 21(2):363-378. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200008
- 33*. Soccol KLS, Terra MG, Girardon-Perlini NMO, Ribeiro DB, Silva CT, Camillo LA. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. *Rev RENE* 2013; 14(3):549-557. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1104/pdf>
- 34*. Orth APS, Moré CLOO. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicol argum* 2008; 26(55): 293-303. [Acesso em 2016 Jul 10]; Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=527299&indexSearch=ID>
35. Pérez GA, Delgado DD. La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema* 2003; 15(3):381-387. [Acesso 2016 Out 10]; Disponível em <http://www.psicothema.com/pdf/1076.pdf>
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União*; 2002. [Acesso em 2016 Jul 18]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
37. Copello A, Templeton L, Velleman R. Family Intervention for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 2006; 19(3):271-276. [Acesso em 20 set 17]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16612212>
38. Servicio Extremeño de Salud. *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia. 2011. [Acesso em 10 abr 2017. Disponível em <http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI101421&id=101421>
39. National Institute on Drug Abuse [NIDA]. *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. 2014. [Acesso em 09 set 2017]. Disponível em <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/evidence-based-approaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders/family-based-approaches>
- * Estudos que compõe a amostra desta pesquisa.

ESTUDO 2

Familiares de Usuários do CAPS ad: Perfil do Grupo e Relação entre Adoecimento, Sobrecarga e Habilidades Sociais.

Drug users' relatives at CAPS ad: group profile and relation among illness, caregiver burden and social skills.

Silvia Campos Brunetti Spagnol¹

1. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras | Vitória, ES - Brasil | CEP 29075-910. E-mail: silviaspagnol@gmail.com

Resumo

Este estudo buscou identificar características sociodemográficas, de relacionamento com os usuários, de participação nos serviços, além de identificar e correlacionar níveis depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e habilidades sociais em uma amostra de familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad) do território do Espírito Santo. Participaram 95 familiares que responderam um questionário sociodemográfico, Escalas Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI), Escala de Avaliação da Codependência (HCI), Escala de Avaliação de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit (BI) e Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os dados, analisados por estatísticas descritivas e inferenciais, indicaram um perfil composto na maioria por mulheres casadas ou em união estável, com 50 anos ou mais e com ensino fundamental. Apurou-se a presença de sintomas clínicos de depressão (59%); ansiedade (55,8%); codependência (40%), sobrecarga (57%) e baixo nível de habilidades sociais (67%), com correlação positiva significativa entre: depressão e ansiedade; depressão e sobrecarga; depressão e codependência; ansiedade e sobrecarga e ansiedade e codependência; sobrecarga e codependência. Encontrou-se correlação negativa entre depressão e habilidades sociais e entre codependência e habilidades

sociais. No entanto, não houve correlação significativa entre ansiedade e habilidades sociais nem entre sobrecarga e habilidades sociais nesta amostra. Sugerem-se novos estudos para maior contribuição sobre os fenômenos; assim como inclusão de avaliação da saúde psicológica dos familiares cuidadores, além de oferta de intervenções com foco em aquisição de repertório de HS e resolução de problemas, como suporte ao tratamento do usuário.

Palavras-chave: Familiares de dependentes químicos; CAPS ad; adoecimento; sobrecarga do cuidador; habilidades sociais.

Abstract

This paper aimed to identify sociodemographic characteristics, relationship with users, participation in services, as well as identifying and correlating levels of depression, anxiety, codependency, caregiver burden and social skills in a sample of drug users' relatives at Psychosocial Care Centers in Alcohol and Drugs (CAPS ad) from Espírito Santo state. Participants included 95 family members who answered a sociodemographic questionnaire, Beck Depression (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI), Holyoake Codependency Index (HCI), Zarit Burden Interview (BI), and Social Skills Inventory (IHS). Data, analyzed by descriptive and inferential statistics, indicated a profile composed mostly of married or stable women, 50 years of age or older and with elementary education. Clinical symptoms of depression (59%); anxiety (55.8%); codependency (40%), burden (57%) and low level of social skills (67%) were detected. There was significant positive correlation between: depression and anxiety; depression and burden; depression and codependency; anxiety and burden, anxiety and codependency; burden and codependency. There was negative correlation between depression and social skills and between codependency and social skills. However, there was no significant correlation between anxiety and social skills nor between burden and

social skills in this sample. New studies are suggested for a greater contribution on the analyzed phenomena. It's also suggested inclusion of psychological health assessment of family caregivers as well as the provision of interventions focused on social skills repertoire acquisition and problem solving for better support patient's treatment.

Keywords: Drug users' relatives; CAPS ad; illness; caregiver burden; social skills.

Introdução

O uso de substâncias psicoativas (SPA) foi selecionado no repertório humano e se mantém ao longo da história das sociedades. Os problemas relacionados ao uso arriscado têm se intensificado na atualidade, destacando-se os enfrentados pelas famílias dos usuários: fisiológicos, psicológicos, financeiros, acadêmicos e psicossociais, como a violência doméstica (Laranjeira, Sakiyama, Padin, Mitsuhiro, & Madruga, 2013). Ao se responsabilizarem por acompanhar o familiar usuário junto serviços de saúde, familiares ficam mais predispostos a vulnerabilidades. Estima-se que no Brasil, para cada usuário existam, por domicílio, quatro familiares envolvidos com problemas relacionados ao uso de SPA. (Laranjeira *et al*, 2013). Assim, além de ações específicas para o tratamento dos usuários, há uma demanda por assistência a um contingente crescente de familiares.

As políticas públicas em álcool e drogas avançaram a partir da Lei Federal 10216/2001 com o modelo de base comunitária (Brasil, 2001). O foco direto da atenção é o usuário, entretanto as famílias, em complemento, são definidas como parceiras nessa atenção, parte da rede de apoio e fator de proteção (Brasil, 2004). O atendimento às famílias visa à diminuição dos fatores de risco familiares e dos estigmas e preconceitos relacionados ao uso de SPA (Brasil, 2006), a fim de potencializar os resultados dessa atenção. Assim, ao longo de duas

décadas, foram criados instrumentos legais, equipamentos e serviços, consolidando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela organização da sua base comunitária (Brasil, 2011).

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades (Brasil, 2002), foi um ponto decisivo neste processo. O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) tornou-se o serviço de referência especializado no acompanhamento de usuários com transtornos pelo uso de SPA e suas famílias, com oferta de atenção individual e em grupo. Através de reuniões com famílias nucleares, grupos de acolhimento e grupos terapêuticos, o CAPS ad promove apoio à mudança do uso arriscado e orienta a solução de problemas comuns aos familiares, buscando o seu envolvimento ativo na adesão do usuário ao serviço (Brasil, 2004). Entretanto, ao ser inserida dentro do processo de tratamento, a família, a cuidadora principal, expõe o modo como ela é afetada pelos problemas diversos citados anteriormente (Laranjeira et. al., 2013; Marcon, Rubira, Espinosa, Belasco & Barbosa, 2012; Seadi & Oliveira, 2009).

O relatório do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes - UNODC (2016) destacou os três aspectos do contexto de base do estresse de familiares de usuários de SPA: (a) violência física impetrada pelo usuário; (b) problemas financeiros, que chega a se traduzir em falta de alimentos; e (c) relacionamento disruptivo do usuário com filhos, irmãos, pais ou outros parentes usuários de drogas. Esse contexto mantém sentimentos negativos em relação ao familiar usuário, marcado pela contrariedade ao uso. Deterioração dos vínculos da família e adoecimento crônico de familiares são condições de longo prazo decorrentes desse contexto de base (Soccol et al, 2014). No Brasil, o primeiro Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD Famílias) registrou que este cenário atinge principalmente a família nuclear. As mulheres (80%), especialmente a mãe (46%) e a esposa (11,2%), muitas delas responsáveis pelo tratamento do usuário (66%), são as familiares que mais sofrem com

a sobrecarga (Laranjeira et al., 2013), que pode variar, a depender de como elas solucionam problemas no convívio com o usuário.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi identificar (a) características sociodemográficas; (b) relacionamento com o usuário; (c) participação no serviço; além de identificar e correlacionar (d) nível de sofrimento psicológico (depressão, ansiedade, codependência e sobrecarga); e (e) repertório de habilidades sociais, em familiares de usuários de CAPS ad do Espírito Santo. As respostas a este objetivo completam as lacunas indicadas pelas questões que norteiam esse estudo, sendo a principal delas a referente ao impacto do cuidado familiar na saúde dos próprios familiares. Isto é relevante para que se possa atuar com familiares de maneira mais eficaz, por exemplo, considerando as idiossincrasias da abordagem da família pelo perfil dos familiares, especialmente os colaboradores com sintomas de mal-estar (Servicio Extremeño de Salud, 2011). Apesar dos familiares adoecerem em decorrência dos conflitos gerados pelo seu convívio com seus familiares usuários de SPA, e apesar de serem postas como coadjuvantes da atenção, as políticas públicas ainda estão centradas no usuário e não em sua família (Bortolon et al, 2016). Isto pode explicar a pouca quantidade de estudos sobre sofrimento psicológico, sobrecarga e habilidades sociais de familiares de dependentes químicos no Brasil.

Sufrimento, Sobrecarga e Habilidades Sociais dos Familiares.

Dentre as manifestações de sofrimento psicológico em familiares cuidadores, depressão, ansiedade, sobrecarga e codependência são muito referidas como consequências da convivência com o familiar usuário de SPA e dos encargos do seu cuidado. Estudo avaliando o perfil de familiares num serviço de prevenção de São Paulo, com 63 adultos, 54 crianças e 45 adolescentes (Figlie, Fontes, Moraes & Payá, 2004), apontou risco de transtornos mentais em 59% dos cônjuges da amostra. Entre as crianças, percebeu-se timidez, sentimento de

inferioridade, conflito familiar e carência afetiva. Nos adolescentes, notou-se o maior índice de transtornos: 41,1%. Lima, Amazonas e Motta (2007) encontraram que entre as fontes de estresse, relacionadas com raiva, tensão e preocupação, em esposas de alcoolistas em Pernambuco, estão sobrecarga, falta de apoio, violência verbal por parte do marido e desesperança na recuperação dele. Na Índia, uma pesquisa sobre ajustamento conjugal, estresse e saúde mental em 30 esposas de alcoolistas e 30 de não alcoolistas mostrou ajustamento conjugal mais pobre nas primeiras que, mesmo não apresentando sintomas com diferença significativa em relação às segundas, mostraram saúde mental mais prejudicada (Iqbal, Ahmad, & Rani, 2015).

A codependência – “padrão comportamental que se caracteriza essencialmente pela manutenção de dependência emocional com uma pessoa que, por sua vez, é controlada por um objeto de dependência” (Pérez & Delgado, 2003, p.382) – gera um esquema disfuncional no relacionamento intrafamiliar. Os “codependentes” têm déficits nos repertórios de estabelecimento de regras (limites), autocontrole emocional e defesa de necessidades, acompanhados de culpa e baixa autoestima (Bortolon et al., 2016). Um estudo com 257 estudantes americanos apontou que o alcoolismo na família, juntamente com outros estressores familiares, é um preditor de codependência. Mulheres de famílias com história de convívio com um familiar com um estressor crônico (e. g., doença mental ou física debilitante) tiveram escores de codependência significativamente maiores (Fuller & Warner, 2000). Este achado se aproxima do de Moreira (2004). O autor verificou, em grupos de acolhimento familiar, que “a concepção de dependência parece não se restringir às substâncias psicoativas, mas exprime os padrões de relacionamento da família do adicto” (p. 83). Isto sustenta a necessidade da intervenção direta com familiares, paralela ao reforço da sua função como rede de suporte (Moraes, Braga, Souza & Oriá, 2009).

Um dos principais impactos dos serviços de base comunitária na vida dos familiares foi a sobrecarga do cuidado ao usuário (Oliveira, Sá, & Rocha, 2011), problematizada por alguns autores (e. g., Lopes, Therrian, Araújo, Gomes, & Cavalcante, 2015) como um fator atenuado por e justificador de internações involuntárias. Sobrecarga, do inglês *burden*, é um conceito multidimensional, destacando-se o desgaste físico e psicológico (estresse) decorrente de gasto de tempo e de recurso em tarefas cotidianas, entendidas como fardo. Bastawrous (2013) lembrou que, em tarefas de cuidado em saúde, o termo descreve o impacto negativo do processo do cuidado no cuidador de pacientes que dependem de outrem por condições clínicas crônicas. Como em muitos dos transtornos mentais, comportamentais e de desenvolvimento neurológico (Bandeira, Tostes, Santos, Lima & Oliveira, 2014; da Silva, Gomes & Franzolin, 2013; Lenardt, Hautsch, Seima & de Freitas, 2011; Misquiatti, Brito, Ferreira, & Assumpção 2015), em geral o cuidador é um familiar, sobre quem recaem níveis e tipos diferentes de sobrecarga.

Marcon et al (2012), avaliando 109 cuidadores de dependentes químicos em CAPS do Mato Grosso, confirmaram alta sobrecarga. Em estudo com 11 familiares de usuários de CAPS ad no Rio Grande do Sul (RS), Soccol et al (2014) identificaram sobrecarga financeira. Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014), comparando níveis de sobrecarga de cuidadores em função do tipo de transtorno dos usuários de CAPS no RS, encontraram médias mais altas de sobrecarga em familiares de usuários com transtornos pelo uso de SPA do que com outros transtornos. Cosentino, Perdonssini, Scholante, Souza e Vianna (2017), avaliando a relação entre qualidade de vida e sobrecarga em 95 cuidadores familiares de dependentes químicos em serviços públicos de saúde do RS, identificaram prejuízo na qualidade de vida em decorrência da sobrecarga do cuidado ao familiar. Bessa (2017), avaliando 50 familiares em um serviço de saúde filantrópico de Minas Gerais, verificou uma correlação positiva entre sobrecarga e depressão. Estes estudos apontam a necessidade de escuta qualificada, apoio e

estratégias de atenção que visem minimizar o impacto da sobrecarga nos familiares. O treinamento de habilidades sociais (THS) tem se mostrado uma estratégia promissora nesta direção, pois possibilita o aumento do repertório de habilidades para o enfrentamento de problemas, para a melhoria das relações familiares, qualificando o cuidado oferecido e a saúde dos familiares cuidadores. (Lima, Bandeira, Oliveira & Tostes, 2014).

Na família, como grupo social, a própria relação é um fim e cada membro do grupo desenvolve diferentes competências interpessoais (habilidades sociais; HS) para promover a relação familiar. A fragilidade das HS (observada em conflitos, baixas expectativas de uns em relação ao futuro de outros, baixo nível de empatia etc.) pode estar relacionada aos fatores de risco da família para o uso arriscado de SPA. Estes fatores, por sua vez, podem ter desdobramentos na sobrecarga de familiares cuidadores (Maurina et al, 2013).

Habilidades Sociais “são aquelas classes de comportamentos existentes no repertório do indivíduo que compõem um desempenho socialmente competente” (Del Prette & Del Prette, 2001, p. 12), com componentes motores, cognitivos, fisiológicos e situacionais. Sua aquisição é um processo contínuo de produção de um maior ou de um menor repertório, o que depende de diversos fatores. Olaz (2009) aponta que diferentes contextos e grupos sociais, maior ou menor grau de exigência intra e interpessoais, além de maior ou menor crença de autoeficácia, podem levar a déficits de repertório de HS (e.g., dificuldade de resolução de problemas) que demandam a intervenção compensatória denominada THS.

Para Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney e Abrams (2005), o THS apresenta-se como um modelo de reversão de déficit de HS, visto que pessoas com este déficit, diante de situações diversas da vida, estão mais propensas, por exemplo, ao uso de SPA. Deficiências nas HS se apresentam em comportamentos inadequados (e.g., esquiva social ou codependência) relacionados a transtornos de humor e outros (D’El Rey & Pacini, 2006). Assim, pode-se pressupor que familiares com déficit de HS estão propensos à sobrecarga,

transtornos psicológicos e codependência. Por outro lado, numa influência mútua, esta propensão pode dificultar a aquisição de HS. Seja em uma ou em outra direção, variáveis da família podem funcionar como mantenedores do comportamento do uso arriscado de SPA.

As questões referentes ao adoecimento dos familiares são significativas no contexto do tratamento da dependência química, o que justifica este estudo por sua relevância social, dada a importância da família para o tratamento e pela necessidade de dar visibilidade ao modo como as famílias são abordadas nos serviços. Tem ainda relevância técnico-científica, por gerar conhecimento sobre o perfil dos familiares de usuários e sobre as relações entre as manifestações de adoecimento e falta de HS do familiar para colaboração com o tratamento.

Método

Delineamento

Este é um estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa correlacional (Creswell, 2010). As hipóteses para essa investigação foram as seguintes (Dancey & Reidy, 2013): (a) H1: direção do relacionamento positivo entre as variáveis, (b) H2: direção de relacionamento negativo entre as variáveis, e (c) H3: direção do relacionamento zero entre as variáveis.

Participantes e Local

Amostra de conveniência (não probalística), composta por 95 familiares cuidadores de usuários de três CAPS ad do interior do ES, acessada entre janeiro e maio de 2018, por busca ativa e convite. Os CAPS ad autorizaram o acesso à população em cartas de anuência (Anexos 1, 2 e 3). Foram critérios de inclusão: (a) ser familiar de dependente químico (pessoa unida ao usuário de SPA por laços de parentesco, dependência doméstica ou convivência); (b) ser maior de 18 anos; (c) dar consentimento livre e esclarecido como participante; e (d) estar exercendo a função de cuidador do usuário (pessoa de referência ou responsável pelo

acompanhamento do seu tratamento no CAPS ad). O critério de exclusão foi apresentar comprometimento cognitivo que impedisse respostas adequadas aos instrumentos de coleta. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, autorizada pelo Parecer 2.457.243 (Anexo 5).

Instrumentos

Foi utilizado um protocolo diagnóstico, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1

Protocolo diagnóstico

Instrumento	Característica	Autoria e/ou Confiabilidade
QS	Questionário que acessa: sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, grau de parentesco com o dependente químico, faixa de renda, situação ocupacional, consciência do problema do usuário, tempo de uso da droga, droga de uso principal, áreas da família afetadas pela dependência do usuário, importância do atendimento a familiares, atendimento na RAPS, tipo de serviços que o familiar frequenta, tipo de intervenção que o familiar participa e principais demandas do familiar.	Silvia Spagnol, adaptado com base no LENAD famílias (Laranjeira et al, 2013), no protocolo diagnóstico familiar do Servicio Extremeño de Salud (2011) e na legislação da RAPS (Brasil, 2011).
BDI	Instrumento privativo de psicólogos que investiga sintomas depressivos em 21 itens comportamentais, cognitivos, afetivos e somáticos da depressão, com respostas entre 0 (sem sintomas) e 3 (sintomas mais graves). Tem quatro níveis de escores: mínimo, leve, moderado e grave.	Beck et al, (1961). Fidedignidade satisfatória na maioria dos grupos de amostras não clínicas, com $\alpha > 0,80$. Validado no Brasil por Cunha, (2001).
BAI	Instrumento privativo de psicólogos que investiga sintomas de ansiedade em uma lista de 21 itens, com respostas que podem variar de 0 (sem sintomas) a 3 (sintomas mais graves). Tem quatro níveis de escores: mínimo, leve, moderado e grave.	Beck et al, (1988). Fidedignidade satisfatória ($\alpha > 0,80$) na maioria dos grupos de amostras não clínicas, validado no Brasil por Cunha, (2001).
HCI	Avalia a codependência, sendo composto por 13 itens. O escore total varia de 3 a 15 pontos, pela soma dos fatores: foco no outro, autossacrifício e reatividade. O ponto de corte tem valores $\geq 9,7$ representando alta codependência.	Dear & Roberts, (2000). A consistência interna da escala é adequada, com Alpha de Cronbach 0.82, validado no Brasil por Bortolon et al., (2010).
BI	Avalia a sobrecarga de cuidadores informais de indivíduos com transtornos mentais ou físicos. É composta por 22 perguntas que variam de 0 (ausência de sobrecarga) a 4 (alta carga). Tem quatro níveis de escores: ausente, moderada, moderada a severa e severa.	Zarit (1980). A versão Brasileira da escala apresenta boa consistência interna, Alpha de Cronbach 0,87. Validado por Scazufca, (2002).
IHS	Instrumento privativo de psicólogos que avalia dimensões situacional e comportamental das HS.	Del Prette & Del Prette (2001). Consistência interna satisfatória, com

Possui 38 itens, que podem variar de 0 (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou quase sempre). Avalia cinco HS em cinco fatores. Alpha de Cronbach de 0,75.

Nota. QS – Questionário Sociodemográfico. BDI (Inventário Beck de Depressão); BAI (Inventário Beck de Ansiedade); HCI (Escala de Avaliação da Codependência); BI (Entrevista de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit); IHS (Inventário de Habilidades Sociais).

O protocolo foi aplicado aos participantes na seguinte ordem: (a) Questionário Sociodemográfico (Anexo 6); (b) Escalas Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI); (c) Escala de Avaliação da Codependência (HCI – *Holyoake Codependency Index*; Anexo 7); (d) Escala de Avaliação de Sobrecarga de Cuidadores, de Zarit (BI - *Burden Interview*; Anexo 8); e (e) Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os instrumentos (b) e (e) não estão em anexo neste estudo, pois são instrumentos de uso restrito a psicólogos, conforme Resolução 009/2018 (CFP, 2018).

Procedimentos de Coleta de Dados

Primeiro foram feitos contatos por correio eletrônico e telefone, com órgãos municipais de saúde e equipamentos da RAPS do Espírito Santo (região metropolitana e interior), que culminaram em autorização de acesso aos locais de pesquisa: três CAPS ad do interior do Estado. Cada autorização e a anuência para coleta foi seguida da oferta de uma oficina com familiares como contrapartida. Segundo, reuniões presenciais e/ou por telefone com gestores dos CAPS ad permitiram agendar datas das coletas e oficinas. As equipes entraram em contato com os familiares por busca ativa por telefone, cartazes no mural de avisos do serviço e redes sociais e sítios eletrônicos das prefeituras. Terceiro, encontro com familiares em cada local de pesquisa permitiu o cumprimento das demais exigências éticas. Seguiu-se o encontro com aplicação coletiva dos instrumentos reunidos em um protocolo único por participante, em sala de auditório dos CAPS ad. Instruções padronizadas dos instrumentos foram lidas em voz alta pela pesquisadora, seguidas da aplicação por 60-90 min. Participantes com baixa escolaridade foram auxiliados por assistente de coleta e apoiados por servidores dos CAPS ad.

Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram analisados através do *software* IBM® SPSS® - *Statistical Package for Social Sciences* – versão 22.0. Inicialmente foi feita a caracterização da amostra pela frequência absoluta (n) e relativa (%) dos itens do QS. Foram calculadas as médias (M) e desvio padrão (DP) dos escores das variáveis principais (depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e HS). Foram executados os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, para verificação da distribuição normal do conjunto de dados e para obter a indicação dos modelos de testes a serem utilizados. O teste de correlação r de Pearson foi o indicado, permitindo verificar a magnitude e o grau de relacionamento entre as variáveis principais. Conforme descrito em Dancey e Reidy (2013), este estudo considerou os graus de coeficiente de correlação (r) situados no intervalo entre 0,1 e 0,3 como sendo de intensidade fraca; os situados entre 0,4 e 0,6, de intensidade moderada; e os acima de 0,7, de intensidade forte. Utilizou-se a análise de variância de um fator - ANOVA *One-Way* – para verificar as diferenças entre as médias das variáveis principais em relação à idade, estado civil e escolaridade. Ainda, foi utilizado o Teste t independente para avaliar diferenças significativas entre as médias das variáveis principais, agrupadas por sexo e ocupação. Considerou-se o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). Resultados com valores de p inferiores a 0,05 ($p < 0,05$) foram considerados significativos para as análises inferenciais. Resultados com valores de p entre 0,05 e 0,08 ($0,05 < p < 0,08$), considerados marginais, foram incluídos na apresentação dos resultados.

Resultados

Caracterização Sociodemográfica das Famílias

O perfil da amostra está apresentado na Tabela 2. Destaca-se que a grande maioria da amostra (80%) é do sexo feminino: 40% mães ($n = 38$) e 18,9% esposas ($n = 18$). Mais da

metade é casada ou em união estável (57,9%), 64,2% com 50 anos ou mais ($n = 61$) e 46,3% com até o Ensino Fundamental.

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica da Amostra de Familiares dos CAPS ad

	Frequência			Frequência	
	n	%		n	%
Idade (anos)			Origem da Renda		
18 a 29	04	4,2	Não possui renda	36	37,9
30 a 49	30	31,6	Emprego ou trabalho regular	38	40,0
≥50	61	64,2	Aposentadoria ou pensão	09	9,5
			Auxílio programas governo	10	10,5
Sexo			Não respondeu	02	2,1
Masculino	19	20,0			
Feminino	76	80,0			
Estado Civil			Parentesco com o paciente		
Solteiro (a)	10	10,5	Mãe	38	40,0
Casado (a)/ União Estável	55	57,9	Pai	11	11,6
Divorciado (a)	14	14,7	Esposa	18	18,9
Viúvo (a)	16	16,8	Marido	03	3,2
			Irmão/irmã	16	16,8
Número de Filhos			Filho/filha	03	3,2
0	04	4,2	Avô/avó	01	1,1
1	16	16,8	Outro**	05	5,3
2	22	23,2			
3 ou mais	53	55,8			
Situação Ocupacional			Escolaridade		
Trabalha	43	45,3	Não alfabetizado	05	5,3
Não trabalha	52	54,7	Ensino fundamental	44	46,3
			Ensino médio	31	32,6
Faixa Salarial			Ensino superior	14	14,7
Menor que 1 SM*	16	16,8	Não Respondeu	01	1,1
Entre 1 e 2 SM	45	47,4			
Entre 2,1 e 3 SM	12	12,6			
Maior que 3 SM	10	10,5			
Não possui renda	12	12,6			

Nota. * SM - salário mínimo / ** Sobrinho (a); Tio (a)

Perfil do Uso de SPA e Impactos na Família

A maioria dos usuários em tratamento faz uso de álcool (69%), há mais de 06 anos (72,6%). Entre os maiores impactos do uso de SPA na família estão (Tabela 3): saúde (74%), relacionamento (70%), finanças (50%) e vida social (45%).

Tabela 3

Perfil do uso e impactos do relacionamento com a família

	Frequência			Frequência*	
	n	%		n	%
Tempo de uso (anos)			Tipos de SPA usadas		
≤ 1	01	1,1	Álcool	66	69,5
1 a 3	10	10,5	Maconha	25	26,3
4 a 6	14	14,7	Cocaína	24	25,3
≥ 7	69	72,6	Crack	31	32,6
Não respondeu	01	1,1	Outra**	08	8,4
Quando buscou tratamento			Impactos do uso na família		
Menos de 1 ano	10	10,5	Relacionamento	67	70,5
1 a 3 anos	16	16,8	Finanças	47	49,5
3 a 6 anos	22	23,2	Vida Social	43	45,3
Mais de 6 anos	46	48,4	Trabalho	35	36,8
Não respondeu	01	1,1	Violência	28	29,5
+ dependentes na residência			Saúde	71	74,7
Não	66	69,5	Outro	09	9,5
Sim	29	30,5			

Nota. * Soma das frequências será superior a 100% uma vez que os participantes podiam marcar quantas opções fossem adequadas ao seu perfil. ** “Loló”, medicamentos, etc.

Perfil do Relacionamento e Expectativas com a Rede de Atenção

O serviço mais frequentado foi o CAPS ad (87%), seguido de Clínicas de recuperação (43%). Entre as atividades que os familiares participam, a maior parte mencionou os grupos de familiares (67%), além dos atendimentos individual (36%) e familiar (32%), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4.

Relacionamento e expectativas do familiar participante com a rede de atenção

	Frequência			Frequência	
	n	%		n	%
Tipo de serviço que frequenta			Atividades que participa		
CAPS ad	83	87,4	Grupo de Familiares	64	67,4
Unidade Básica de Saúde	17	17,9	Atendimento individual	34	35,8
Comunidade Terapêutica	09	9,5	Atendimento familiar	30	31,6
Hospital	18	18,9	Psicoterapia	11	11,6
Clínica de recuperação	41	43,2	Assembleia de familiares	16	16,8
Outro	05	5,3	Outro	1	1,1
Tipo de ajuda que espera do serviço que frequenta					
Informações sobre o tratamento e recursos disponíveis para meu (minha) familiar				39	41,1
Aconselhamento sobre o que fazer diante do problema do (a) meu (minha) familiar.				48	50,5
Acompanhamento psicológico para lidar com a situação de meu (minha) familiar				45	47,4
Aprender formas de conviver com meu (minha) familiar dependente químico				44	46,3
Melhorar minhas relações familiares em geral				40	42,1
Me organizar melhor e não me sentir tão mal				44	46,3
Outro				04	4,2
Sobre o atendimento recebido no serviço, o Sr. / a Sra. gostaria que... (sugestão)					
Fosse informado (a) com maior frequência sobre a evolução do (a) familiar				31	32,6
Fossem indicadas formas de agir com o (a) familiar dependente				36	37,9
Disponibilizassem mais tempo para escutar o que o tenho a dizer sobre o (a) familiar				23	24,2
Disponibilizassem mais tempo para escutar os problemas decorrentes da convivência				21	22,1
Orientassem sobre como agir diante do fracasso do tratamento (lapso ou recaída).				60	63,2
Mais disponibilidade e fácil acesso aos profissionais ao surgir problema pontual.				33	34,7
Outro				09	9,5

Nota. * Soma das frequências será superior a 100% uma vez que os participantes podiam marcar quantas opções fossem adequadas ao seu perfil.

A Tabela 4 também evidencia as expectativas do familiar cuidador quanto ao serviço que frequenta. Os familiares esperam receber aconselhamento sobre a dependência química do seu familiar usuário (50%); acompanhamento psicológico (47%); e orientações: sobre novas formas de conviver com o usuário (46%) e sobre como se organizar melhor para não se sentir tão mal (46%). Quanto às sugestões de melhoria, foi relevante (63%) a proposta de receber orientação sobre a forma de agir diante do fracasso do tratamento.

quais 45% apresentam repertório abaixo da média inferior e 22%, médio inferior, indicativos de necessidade de THS (Del Prette, & Del Prette, 2001).

Também foram apuradas as médias e desvio padrão das somas dos inventários. As médias das somas de depressão (M = 15,84; DP 10,709) e de ansiedade (M = 15,75; DP 12,011) apontaram sintomas leves, entretanto as respostas foram bastante dispersas na amostra, conforme as frequências identificadas (Tabela 5). A média de codependência foi 8,818 (DP 1,9074). Destaca-se a média das somas de sobrecarga, que aponta para nível moderado a severo (M = 43,58; DP 15,600). O repertório médio de HS (M = 87,05; DP 17,392) apresenta-se bom, porém abaixo da média da população de validação do IHS.

Relação entre os Sinais de Sofrimento Psicológico e Habilidades Sociais

Testes de normalidade indicaram a distribuição normal da amostra. Em seguida, dada esta distribuição normal, utilizou-se o teste de correlação r de Pearson, para verificar magnitude e relacionamento entre as variáveis principais (Tabela 6).

Tabela 6

Correlações (r) de Pearson entre Níveis de Depressão, Ansiedade, Codependência, Sobrecarga e Habilidades Sociais na amostra.

	BDI	BAI	HCI	BI	IHS
BDI		,475 ^a	,364 ^a	,451 ^a	-,276 ^a
BAI		,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,007 ^b
HCI			,226 ^a	,404 ^a	-,027
BI			,028 ^b	,000 ^b	,793
IHS				,386 ^a	-,193 ^a
				,000 ^b	,061 ^{b*}
					-,091
					,379

Nota. BDI (Inventário Beck de Depressão); BAI (Inventário Beck de Ansiedade); HCI (Escala de Avaliação da Codependência); BI (Entrevista de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit); IHS (Inventário de Habilidades Sociais). a – Valor de r de Pearson. b – Valor de p significativo ($< 0,05$). b* - Valor de p marginal. ($0,05 < p < 0,08$)

Conforme observado na Tabela 6, a variável depressão correlacionou-se positivamente, em grau moderado nesta amostra, com as variáveis ansiedade e sobrecarga. Também se correlacionou de forma positiva, em grau mais fraco, com codependência; e negativamente, em grau mais fraco, com HS. Ansiedade correlacionou-se positivamente, em grau moderado, com sobrecarga e também, mas em grau mais fraco, com codependência. No entanto, ansiedade não apresentou uma correlação significativa com HS. A variável codependência mostrou correlação positiva significativa com sobrecarga. Destaca-se ainda uma correlação negativa marginal ($0,05 < p < 0,08$) entre codependência e HS. Nesta amostra, sobrecarga não apresentou uma correlação significativa com HS.

Buscou-se ainda verificar a relação entre sofrimento psicológico (depressão, ansiedade e sobrecarga) e cada dimensão do IHS, conforme (Tabela 7).

Tabela 7

Correlações (r) de Pearson entre Níveis de depressão, Ansiedade, Codependência e Sobrecarga e cada dimensão do Inventário de Habilidades Sociais na amostra.

	F1 Enfrentamento e autoafirmação com risco	F2 Autoafirmação na expressão de sentimento positivo	F3 Conversação e desenvoltura social	F4 Autoexposição a desconhecidos e situações novas	F5 Autocontrole da agressividade
BDI	-,098	-,058	-,192 ^a	-,201 ^a	,158
	,345	,576	,063 ^{b*}	,051 ^b	,125
BAI	,001	-,005	-,042	-,229 ^a	-,106
	,992	,960	,687	,026 ^b	,306
HCI	-,047	-,098	-,231 ^a	-,114	,135
	,648	,342	,024 ^b	,273	,192
BI	-,005	,018	-,054	-,176	,057
	,960	,864	,601	,087	,581

Nota. BDI (Inventário Beck de Depressão); BAI (Inventário Beck de Ansiedade); HCI (Escala de Avaliação da Codependência); BI (Entrevista de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit);

a – Valor de *r* de Pearson; b – Valor de *p* significativo ($< 0,05$). b* - Valor de *p* marginal. ($0,05 < p < 0,08$)

Depressão correlacionou-se negativamente em grau fraco com (F4) autoexposição a desconhecidos e situações novas e mostrou correlação negativa marginal ($0,05 < p < 0,08$) com o

(F3) conversação e desenvoltura social. Ansiedade correlacionou-se negativamente com (F4) autoexposição a desconhecidos e situações novas. Ainda, verificou-se correlação negativa entre codependência e (F3) conversação e desenvoltura social.

Realizaram-se três procedimentos de ANOVA (*One Way*) a fim de verificar a relação entre idade, estado civil e escolaridade e as variáveis principais, entretanto, não foram verificadas diferenças significativas. Ainda, foi utilizado o Teste *t* de amostras independentes para avaliar se existiam diferenças significativas entre as médias das variáveis principais, agrupadas por sexo e situação ocupacional, e verificou-se que tais diferenças não existiam nesta amostra.

Discussão

Os achados desta amostra apresentam as mulheres como grande maioria dos provedores de cuidado a familiares dependentes químicos, ou mesmo em outras condições de saúde, como destacado em estudos nacionais (Laranjeira et al., 2013, Bortolon et al., 2016, Tabeleão et al. 2014, Maciel, Melo, Dias, Silva, & Gouveia, 2014) e internacionais (Vaishnavi, Karthik, Balakrishnan, & Sathianathan, 2017, Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014). Isto reativa a discussão sobre a condição feminina do cuidado familiar. A mulher, através da história, assumiu o papel do cuidado, enquanto o homem, o de provimento financeiro (Souza et al., 2015). A prática majoritária do cuidado feminino está estabelecida e é perpetuada na cultura em comportamentos e regras sociais (Castanõn & Luis, 2008). Apesar da atual discussão da flexibilidade de papéis sociais familiares em relação ao gênero, percebe-se aqui ainda a importância de se discutir a divisão do cuidado com familiares homens, uma vez que, como este e outros estudos apontam, a mulher, ao permanecer nesse papel de cuidadora principal em questões de saúde envolvendo outros

familiares, adoece. Assim sendo, autores sinalizam ser do sexo feminino como fator de risco para desenvolvimento da sobrecarga no cuidador (Adelman et al, 2014).

Quanto à idade, estado civil e escolaridade, esta amostra capixaba se assemelha aos estudos revisados na literatura nacional. Os resultados do LENAD Famílias (Laranjeira et al., 2013) mostram que 69% de familiares cuidadores têm 45 anos ou mais; são casados ou em união estável (58.4%). Quanto à escolaridade, a amostra nacional apresenta taxa menor de baixa escolaridade (32%) em relação a esta amostra capixaba (46%), o que pode ser explicado pelo fato da população estudada nacionalmente ser mais heterogênea, formada por familiares de dependentes químicos em tratamento público ou particular, em comunidades terapêuticas, clínicas de intervenção e grupos de mútua ajuda. O estudo de Bortolon et al (2016) tem 55% de familiares com 45 anos ou mais, 59% casados e 37% com escolaridade ≤ 8 anos. Na amostra de Tabeão et al. (2014), 48% dos participantes tem 55 anos ou mais; 65% vive com o companheiro e 58% tem baixa escolaridade. No estudo de Vaishnavi et al., (2017), 41% dos cuidadores tem nenhuma (21,5%) ou baixa escolaridade – grau primário (19,5%) e 87,5% da amostra com relacionamento estável.

Ressalta-se que as cuidadoras desta amostra estão em faixas etárias mais altas, passíveis de vulnerabilidades próprias da idade, potencializadas pelos encargos do cuidado. Friedemann e Buckwalter (2014), estudando o papel do cuidador familiar de idosos doentes crônicos nos Estados Unidos, ressaltou que profissionais de saúde que acompanham familiares de dependentes químicos devem atentar para a idade, uma vez que cuidadoras mais velhas têm maior nível de comprometimento emocional, maior nível de depressão e mais sobrecarga (em relação aos maridos ou filhos/as adultos/as, quando são cuidadores/as). Como se não bastasse, como destacaram os autores, é comum elas acreditarem que o cuidado é dever feminino ao ponto de rejeitarem ajuda da família e da comunidade. Além da idade, o nível de escolaridade também precisa ser observado, pois o acesso à informação sobre dependência

química e seu tratamento precisa ser feito de maneira democrática, didática e adequada a essa população. Neste contexto, a psicoeducação é uma técnica psicológica importante para a redução da sobrecarga e para dar suporte aos familiares cuidadores (Lemes & Ondere Neto, 2017; Tabeleão et al., 2014).

O resultado desta pesquisa apontou ainda que a grande maioria dos usuários em tratamento nos CAPS ad pesquisados faz uso de álcool (69,5%), seguido por crack, maconha e cocaína, sendo uma parte poli usuário. A maioria dos usuários demora mais de 06 anos para buscar o tratamento. Esse dado se aproxima dos achados no LENAD Famílias: o tempo médio para busca do tratamento entre dependentes de álcool foi de 7.3 anos (Laranjeira et al., 2013). Devido a isso, é crucial discutir o comportamento de uso arriscado do álcool e seus desdobramentos na saúde pública em geral e das famílias em particular, intensificando ações de prevenção, a fim de evitar a instalação do transtorno por uso de álcool, relacionado à gravidade da dependência e à sobrecarga para os familiares cuidadores, em diferentes nuances: problemas hepáticos e cardiovasculares; câncer; transtornos mentais, comportamentais e de desenvolvimento neurológico; transmissão de DST/HIV e tuberculose; além de aumento das taxas de acidente de trânsito, violência e suicídio (Garcia & Freitas, 2015). Ademais, há presença de outros usuários no mesmo domicílio em 30,5% da amostra, o que sugere dimensões de aprendizagem social envolvidas no uso de SPA perpetuando a prática de uso e suas consequências. Este é um dos principais fatores de risco familiar para a dependência química, aliado à baixa supervisão familiar do consumo e atitudes parentais favoráveis ao consumo (Borloti, 2014; Schenker & Minayo, 2005), especialmente no caso do álcool, presente em comemorações e no cotidiano familiar.

Entre os maiores impactos do uso de SPA na família, este estudo destacou o impacto na saúde (75%), seguido da deterioração nos relacionamentos. Metade dos familiares sofreu impactos financeiros, além de viverem problemas na vida social e no trabalho e situações de

violência na família. Isto coaduna com os dados nacionais do levantamento de Laranjeira et al. (2013) que destacou abalos na saúde física e psicológica (50% das mães e de 45,9% dos outros familiares), impacto no trabalho/estudo (58%), na vida social (47%), em questões financeiras, como roubo/empréstimo (26%) e violência (12%). Referente à diferença percentual entre esta amostra e a nacional, no aspecto da saúde dos familiares, destaca-se que na amostra nacional mais da metade dos pacientes estava internada (53.2%) em comunidades terapêuticas ou clínicas, enquanto que nesta pesquisa, os usuários do CAPS ad estavam no convívio com a família, em tratamento de base comunitária. Isto permite inferir que ao participar mais do cotidiano do tratamento, a família adoece mais e, por isto, necessita de mais atenção dos serviços de saúde, para que atuem, por exemplo, monitorando e propondo intervenções que reduzam, em especial, os danos: (a) da associação frequente entre relações de gênero patriarcais, violência doméstica e dependência química, afetando as capacidades e a saúde das mulheres (Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013); (b) da violência física contra cuidadoras, queda do poder aquisitivo da família, conflitos interpessoais e acesso dos familiares à substância e exposição às cenas do seu uso (UNODC, 2016).

As condições propícias para esta melhor atenção pelos CAPS ad já estão presentes nas ações dos equipamentos que participaram deste estudo, e reforçam a importância do incentivo governamental à continuidade dessa política pública. A maioria dos familiares respondentes frequenta o CAPS ad como serviço de referência, participando majoritariamente de Grupo de Familiares. Este estudo corrobora dados encontrados em artigo de revisão (Spagnol, Constantinidis, & Borloti, 2017) que apontou que 63,% das intervenções com familiares ocorrem em CAPS ad, sendo o Grupo de Familiares o principal tipo de intervenção oferecido, descrito em 72,73% dos estudos revisados.

Entretanto, esta intervenção precisa ser melhor qualificada, pois em relação ao tipo de ajuda que os familiares buscam, a metade espera receber aconselhamento sobre a dependência química do familiar e quase metade, informações sobre o tratamento e recursos disponíveis, acompanhamento psicológico, novas formas de convivência com o familiar usuário e melhoria na organização do cuidado, para não se sentir mal. Estudo anterior verificou que os principais objetivos que direcionam as intervenções com familiares na RAPS são psicoeducação e/ou orientação de familiares; análise das famílias como fator de proteção e de risco e acolhimento familiar, com escuta das demandas (Spagnol et al, 2017). Há consonância entre os tipos de intervenção oferecidos pela RAPS e as necessidades dos familiares. Entretanto, pode ser útil a elaboração de intervenções dos grupos psicoeducativos ou de acolhimento, com base na escuta diagnóstica de necessidades, segundo os perfis diferenciados dos familiares (Servicio Extremeño de Salud, 2011).

Com relação às sugestões de melhoria, destaca-se de maneira relevante (63%) o item receber orientação sobre a forma de agir diante do fracasso do tratamento do familiar usuário (lapso ou recaída). Essa demanda reflete a falta de habilidade dos familiares em relação ao enfrentamento de episódios de ocorrência e recorrência do uso, comuns nos processos de tratamento em dependência química. Importante refletir e fomentar a discussão sobre o tema “prevenção de recaída” nos grupos de familiares, a fim de adquirirem habilidades sociais e de solução de problemas destas ocorrências, com foco na interação com o usuário.

Os resultados sobre a saúde, principal área da vida em que familiares sofreram impacto (75%), somaram-se aos resultados de depressão, ansiedade, codependência e sobrecarga e HS, indicando uma amostra vulnerável, com sinais de sofrimento psicológico. Este resultado encontra apoio na literatura, que também confirma a presença de adoecimento emocional em familiares cuidadores, observando-se sua vulnerabilidade e a necessidade de estratégias que promovam sua regulação emocional e melhoria da sua saúde geral.

Com relação à depressão e ansiedade, esta amostra apresentou 29,3% de sintomas depressivos moderados e graves; 36% de sintomas de ansiedade moderados e graves. Maciel et al., (2014) verificaram níveis próximos em sintomas depressivos, com 27% de sintomas moderados e 4%, graves. Marcon et al (2012) encontraram 23,8% com sintomas de depressão. Aragão, Milagres e Figlie (2009) constataram 23% de depressão e 5% de ansiedade. O estudo de Bessa (2017) relatou 18,0% com sintomas moderados de depressão e 22,0%, graves.

Os resultados sobre codependência (40%) podem refletir uma variação mundial, possivelmente mediada pela cultura. Diferentes autores, aplicando diferentes instrumentos em diferentes amostras de familiares cuidadores de dependentes químicos, apresentaram percentuais entre 56% a 64% de codependência (Bortolon et al., 2016; Sarkar, Mattoo, Basu & Gupta, 2015). Noriega, Ramos, Medina-Mora e Villa (2008), investigando mulheres na atenção primária no México verificaram 25% de codependência, sendo que mulheres com parceiros alcoolistas tinham risco 4.7 vezes maior de apresentar codependência do que mulheres de não alcoolistas. Os autores apontam a codependência em familiares de usuários de SPA como um fenômeno culturalmente influenciado e pouco estudado nos países em desenvolvimento. No Brasil, o fenômeno é mais estudado de forma qualitativa.

Nesta amostra, 57% dos familiares manifestaram níveis moderados a severos e severos de sobrecarga. Em comparação, diferentes autores, utilizando diferentes instrumentos também apuraram níveis importantes de sobrecarga em amostras de cuidadores familiares. Souza et al., (2015) verificaram sobrecarga elevada em 45,5% da amostra. Mattoo, Nebhinani, Kumar, Basu, e Kulhara, (2013) estudando três grupos de familiares cuidadores de dependentes de álcool e/ou opiáceos, encontraram sobrecarga amplamente semelhante nos três grupos e relatada como moderada (52,5%) ou grave (45,8%) O estudo de Bessa (2017) apontou 36% de sobrecarga elevada, (sobrecarga moderada-a-grave e grave). A pesquisa de Vaishnavi et

al., (2017) demonstrou sobrecarga significativa em cuidadores de pacientes dependentes de álcool sendo que 58% apresentaram sobrecarga grave e 36,5%, moderada.

Os resultados de HS deste estudo apontaram baixo repertório em 67% da amostra (abaixo da média inferior de HS + médio inferior de HS). Lima et al.,(2014), estudando 53 familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, verificaram escore global de HS em 52,94% dos familiares cuidadores abaixo da média.

Os achados desta pesquisa e os achados semelhantes na literatura indicaram a incidência, em percentuais expressivos, de diferentes dimensões de sofrimento psicológico em familiares cuidadores de usuários de SPA. Na atenção à dependência química, em que a rede pública espera o apoio da família para o tratamento do usuário, é relevante fomentar a discussão sobre necessidade de triagem e diagnóstico dos familiares cuidadores junto aos serviços, através de instrumentos validados, com a finalidade de propor ou encaminhar para intervenções baseadas em evidências, que possibilitem a melhoria da saúde mental destes familiares, contribuindo para uma parceria que potencialize os resultados do tratamento do usuário.

Os resultados desse estudo, seguindo algumas hipóteses, apontaram ainda a correlação entre níveis de depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e HS.

(a) H1 - a direção de relacionamento positivo entre as variáveis se confirmou entre depressão, ansiedade, sobrecarga e codependência. Valores altos em uma destas variáveis foram associados a valores altos em quaisquer das outras. Algumas relações já estabelecidas na literatura referentes a cuidadores de dependentes químicos apoiam os resultados desta amostra. O estudo de Bessa (2017) verificou uma correlação positiva significativa entre os escores de sobrecarga e depressão na amostra ($r = 0,66$; $p \geq 0,001$). A pesquisa de Marcon et al. (2012) indicou correlação positiva significativa entre depressão e sobrecarga na amostra.

Segundo os autores, esse desfecho possibilita inferir que cuidadores mais sobrecarregados apresentarão mais sintomas depressivos, o que indica intervenção em prevenção.

(b) H2 – a direção de relacionamento negativo entre as variáveis se confirmou entre escores totais de depressão e HS e entre codependência e HS. Valores altos de depressão foram associados a valores baixos em HS. Valores altos em codependência também foram associados a valores baixos de HS. Oliveira (2010) estudando HS, depressão, ansiedade e alcoolismo numa amostra de 303 bombeiros de MG também encontrou correlação negativa significativa entre HS, depressão e ansiedade, embora fraca. Feitosa (2013) em estudo de levantamento com universitários (n =1031) encontrou correlações negativas significativas entre HS e Neuroticismo, especialmente na subescala de depressão.

Ainda, na análise cada um dos cinco fatores do IHS com os outros sinais de adoecimento psicológico, a H2 – direção de relacionamento negativa - se confirmou significativamente entre o fator 3 – conversação e desenvoltura social - e os índices de depressão e codependência. H2 também se confirmou entre a variável do fator 4 do IHS – auto exposição a desconhecidos e situações novas e os índices de depressão e ansiedade desta amostra. Destaca-se que o Fator 3 do IHS – conversação e desenvoltura social - diz respeito à emissão de comportamentos do tipo manter e encerrar conversas, pedir favores a conhecidos, recusar pedidos abusivos, abordar pessoas com mais autoridade. Pode-se inferir que a emissão habilidosa destes comportamentos pode estar comprometida na presença de sintomas depressivos e de codependência nesta amostra de familiares de dependentes químicos. Da mesma forma, o fator 4 do IHS diz respeito ao repertório de comportamentos do tipo fazer perguntas ou pedir favores a desconhecidos, falar em público. Pelos resultados desta amostra, percebe-se que pode haver dificuldades na emissão destes comportamentos em familiares que apresentam sintomas depressivos e ansiosos. Oliveira (2010) também apontou correlação negativa significativa entre depressão, ansiedade e os fatores F3, F4 de HS. No grupo de

Feitosa (2013) as HS de Conversação e desenvoltura social – F3 foram as que tiveram maior correlação com a subescala “Depressão” de neuroticismo, concluindo-se que déficits de HS de conversação e desenvoltura social tendem a estar acompanhados de estados de sofrimento psicológico.

(c) H3: a direção do relacionamento zero entre as variáveis se confirmou entre nível de ansiedade e HS e entre sobrecarga e HS. Não se estabeleceu relacionamento linear entre essas variáveis. Bandeira et al, (2014) avaliaram a relação entre sobrecarga, HS e assertividade em uma amostra de 53 familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos em um CAPS e também não encontraram correlação significativa entre a sobrecarga e os escores de HS. Ressalta-se que ao verificar o não estabelecimento de relacionamento linear entre sobrecarga e HS não se pode inferir que não existe relacionamento entre essas variáveis. O que se observa, é que esse relacionamento não se dá em linha reta, não sendo mutuamente dependente. (Dancey & Reidy, 2013).

Considerações Finais

Esse estudo identificou características sociodemográficas, de relacionamento com os usuários, de participação nos serviços, além de identificar e correlacionar os níveis depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e HS em uma amostra de familiares de dependentes químicos em atendimento em CAPS ad do ES. Os métodos e instrumentos utilizados possibilitaram identificar um perfil composto majoritariamente por mulheres, de meia idade, casadas, de baixa escolaridade, provendo cuidado para uma ampla maioria de dependentes de álcool e sofrendo impactos principalmente na saúde e relacionamentos, com sintomas clínicos de adoecimento psicológico em parte expressiva da amostra.

Ressalta-se que, embora respeitando o traçado metodológico e a precisão na aplicação dos instrumentos, este estudo apresentou algumas limitações, como uso de instrumentos de

autorrelato, alguns de uso geral e não desenvolvidos especificamente para esta população, como o IHS. Também o tamanho desta amostra ($n = 95$) deve ser observado, pois com uma amostra maior, é possível que correlações ora captadas como não significativas sejam captadas como significantes. Ainda, parte da literatura de apoio à validação da discussão, apresentou algumas diferenças desta população (familiares cuidadores de pessoas com transtornos psiquiátricos ou doenças crônicas em geral, estudos investigando apenas parte dos fenômenos de adoecimento), uma vez que não se localizou estudo único abrangendo os todos os fatores ora estudados na mesma população alvo, dificultando comparação mais abrangente ou generalizações. É relevante pontuar que este estudo investigou o relacionamento linear entre as variáveis, não sendo possível, a partir dos resultados, fazer inferências nem apontar causalidade entre as relações das variáveis estudadas.

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, sugere-se a inclusão de triagem e avaliação da saúde psicológica dos familiares cuidadores nos serviços de atenção como os CAPS ad, assim como oferta de intervenções com familiares que favoreçam a melhoria de sua saúde psicológica e das condições de enfrentamento do problema do familiar usuário, especialmente através de intervenções psicoeducativas, focadas em estratégias de autocuidado e em conhecimentos específicos sobre dependência química. Importante ainda a inclusão, no atendimento a familiares cuidadores, de intervenções psicossociais específicas, como as de regulação emocional, de apoio a prevenção de recaída, de treinamento de habilidades sociais e de estratégias de resolução de problemas, a fim de que os familiares possam adquirir repertório para dar melhor suporte ao tratamento do usuário.

Sugere-se também que psicólogos e outros profissionais dos serviços de atenção promovam a inclusão de itens de pauta para planejamento e melhor qualificação das intervenções com familiares cuidadores de dependentes químicos, especialmente nos Grupos de Familiares, com abordagem de tópicos como a prevalência do cuidado feminino ligado a

questões de gênero; percepção de vulnerabilidades próprias da idade do cuidador; adaptação de recursos didáticos e psicoeducativos em atenção à escolaridade dos familiares cuidadores e ações de prevenção do uso de álcool junto aos familiares, a fim de evitar novos casos de uso arriscado nas famílias.

Sugerem-se ainda novos estudos, cobrindo as limitações desta pesquisa, para maior contribuição sobre os fenômenos estudados, dentre elas, a principal: um maior número de participantes. Espera-se que o interesse em desenvolvimento de estudos longitudinais, mais abrangentes e a utilização de instrumentos específicos para esta população, possam contribuir para o aprofundamento do estudo destes fenômenos.

Referências

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, *311*(10), 1052-1060. Doi: 10.1001/jama.2014.304
- Aragão, A. T. M., Milagres, E., & Figlie N. B. (2009). Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *PsicoUSF*, *14*(1), 117-123. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712009000100012>
- Bandeira, M., Tostes, J. G. D. A., Santos, D. C. S., Lima, D. C., & Oliveira, M. S. D. (2014). Burden in family caregivers of psychiatric patients: relation with assertive behavior. *Psico-USF*, *19*(3), 399-409. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003003>
- Bastawrous, M. (2013, March). Caregiver burden-a critical discussion. *Int J Nurs Stud*, *50*(3), 431-441. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005.
- Bessa, F. B. (2017). *Sobrecarga e Sintomatologia depressiva em Familiares Cuidadores de pessoas com dependência de Álcool e Outras Drogas*. Dissertação de Mestrado Universidade Federal de São João Del Rei: PPGPSI - UFSJ. Recuperado em 01 de junho de 2018, de <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/Fernanda%20Borges%20Bessa.pdf>
- Borloti, E.B. (2014). *Análise de fatores de risco e de proteção para o uso de drogas*. Centro Regional de Referência em Crack e outras Drogas de Serra e Cariacica. (pp. 01-26). Vitória: não publicado.
- Bortolon, C. B., Ferigolo, M., Grossi, R., Kessler, F. H. P., & Barros, H. M. T. (2010). Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de

- usuários de drogas em um serviço de teleatendimento. *Revista da AMRIGS*, 54(4), 432-436. Recuperado em 10 de maio de 2017 http://www.acurarte.com.br/wp-content/uploads/2011/02/codependencia_cassandra.pdf
- Bortolon, C.B., Signor, L., Moreira, T.D.C., Figueira, L.R., Benchaya, M.C., Machado, C.A., et al. (2016). Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(1), 101-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20662014>
- Brasil. Presidência da República. (2001). *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
- Brasil. (2006). *Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de <http://www.planalto.gov.br/legislacao>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria 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). Recuperado em 08 de fevereiro de 2017 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Castanõn, M. A. H., & Luis, M. A. V. (2008). Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. *Escola Anna Nery*, 12(4), 807-812. Recuperado em 10 de junho de 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a28>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP], (2018). *Resolução nº 009, de 25 de abril de 2018*. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI. Recuperada em 20 de junho de 2018, de: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>
- Cosentino, S., Perdonssini, L., Scholante, A., Souza, M., & Vianna, L. (2017). Data collection with family caregivers of dependents of illicit psychoactive substances: experience

- report. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(2), 778-784. Doi: doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11999p778-784-2017
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (Trad. Lopes, M. F.). (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Da Silva, L. M., Gomes, T. T., & Franzolin, S. D. O. B. (2013) Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com deficiência física e múltipla adquirida. *J Health Sci Inst.*; 31(4), 429-33. Recuperado em 18 de junho de 2018, de: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/04_out-dez/V31_n4_2013_p429-433.pdf
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dear, G. E., & Roberts, C. M. (2000). The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 87(3), 991-1002. Doi: 10.2466/pr0.2000.87.3.991.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- D'El Rey, G.J. F., & Pacini, C. A. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnica. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 269-275. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200005>
- Feitosa, F.B. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1). Recuperado em 10 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100004
- Figlie, N., Fontes, A., Moraes, E. & Payá, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 31(2), 53-62. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000200001>
- Friedemann, M. L., & Buckwalter, K. C. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of family nursing*, 20(3), 313-336. Doi: 10.1177/1074840714532715
- Fuller, J. A., & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5-22. Retrieved April 10 2017 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713899>

- Garcia, L. P., & Freitas, L. R. S. D. (2015). Heavy drinking in Brazil: results from the 2013 National Health Survey. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 227-237. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>
- Iqbal N., Ahmad M., Rani C. (2015). Marital adjustment, stress, and mental health of wives of alcoholics and non-alcoholics. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(1), 18-21. Retrieved 10 May 2017 from <http://www.i-scholar.in/index.php/ijhw/article/view/88573>
- Laranjeira R., Sakiyama H., Padin M. F., Mitsuhiro S. & Madruga C. (2013). *Levantamento Nacional de Famílias de Dependentes Químicos*. (Lenad Famílias). São Paulo: UNIAD, INPAD. Recuperado em 10 de março de 2017 de <http://www.inpad.org.br/lenadfamilia>.
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lenardt, M. H., Hautsch Willig, M., Seima, M. D., & de Freitas Pereira, L. (2011). A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colombia Médica*, 42(2 Supl. 1). Recuperado em 10 de junho de 2018 de: <http://www.redalyc.org/html/283/28322504003/>
- Lima, R. A. S., Amazonas, M. C. L. A. & Motta, J. A. G. (2007). Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4), 431-439. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400003>
- Lima, D. C., Bandeira, M., Oliveira, M. S. D., & Tostes, J. G. D. A. (2014). Social skills of family caregivers of psychiatric patients. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(4), 549-558. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000400009>
- Lopes R. E., Therrian S. M. N., Araújo P. A., Gomes B. V. & Cavalcante M. M. B. (2015). Quando o conviver desvela: assistência de saúde mental às mulheres com familiares usuários de droga. *Sanare, Sobral*. 14(1): 22-6. Recuperado em 25 de abril de 2017 de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/604/321>
- Maciel, S. C., Melo, J. R. F., Dias, C. C. V., Silva, G. L. S. & Gouveia, Y. B. (2014). Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 18-28. Recuperado em 07 de maio de 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/02.pdf>
- Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., & Barbosa, D. A. (2012). Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-8, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900002>
- Mattoo, S. K., Nebhinani, N., Kumar, B. N. A., Basu, D., & Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: a study from India. *The Indian Journal of Medical Research*, 137(4), 704-711. Retrieved July, 02, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724250/>

- Maurina, L. R. C., Cenci, C. M. B., Wagner, M. F., Martinelli, A. C., Cerutti, P., & Ceconello, W. W. (2013). Habilidades sociais e o abuso de drogas no contexto familiar. *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), 715-722.
Doi: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v4n2p715-722>
- Misquiatti, A. R. N., Brito, M. C., Ferreira, F. T. S., & Assumpção Júnior, F. B. (2015). Family burden and children with autism spectrum disorders: Perspective of caregivers. *Revista CEFAC*, 17(1), 192-200. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201520413>:
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L. & Abrams, D. B. (2005). *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca.
- Moraes L. M. P., Braga V. A. B., Souza A. M. A., Oriá M. O. B. (2009). Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. *REME rev min enferm*, 13(1), 34-42. Recuperado em 15 de março de 2017 de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/160>
- Moreira, M. S. S. (2004). A dependência familiar. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 83-88. Recuperado em 07 de maio de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702004000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Noriega, G., Ramos, L., Medina-Mora, M. E., & Villa, A. R. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 199-210. Doi: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.78.2.199>
- Olaz, F. (2009). Contribuições da Teoria Social Cognitiva de Bandura para o Treinamento de Habilidades Sociais. In: A. Del Prette, & Z. Del Prette. *Psicologia das Habilidades Sociais - Diversidade Teórica e Suas Implicações*. (pp. 109-143). Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, P. A. D. (2010). Habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros: Um estudo correlacional. Dissertação de Mestrado. São Carlos, SP: Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR. Recuperado 10 de julho de 2018, de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6013>
- Oliveira, M. D., Sá, M. F., & Rocha, M. L. (2011). Percepção da sobrecarga familiar nos cuidados ao paciente psiquiátrico crônico. *Enfermagem em Foco*, 2(4), 245-247. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n4.193>
- Orford J, Velleman R, Natera G., Templeton L., Copello A. (2013) Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med*, 78, 70-77. Doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.036.
- Pérez G. A, Delgado D. D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construccion de un instrumento. *Psicothema*, 15(3), 381-387. Recuperado em 10 de março de 2017 de <http://www.psicothema.com/pdf/1076.pdf>

- Sarkar, S., Mattoo, S. K., Basu, D., & Gupta, J. (2015). Codependence in spouses of alcohol and opioid dependent men. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(1), 13-21. Doi: 10.1080/17542863.2013.868502
- Scazufca, M. (2002). Versão brasileira da escala «Burden Interview» para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [online], 24 (1), 12-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
- Schenker M., Minayo M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717. Recuperado em 12 de abril de 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. D. S. (2009). Multi-family therapy and drug addiction: A six-year retrospective study. *Psicologia Clínica*, 21(2), 363-378. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652009000200008>
- Servicio Extremeño de Salud (2011). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia. Recuperado em 10 de abril de 2017, de <http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI101421&id=101421>
- Soccol, K. L. S., Terra, M. G., Ribeiro, D. B., de Souza Mostardeiro, S. C. T., da Silva Teixeira, J. K., Souto, V. T., & da Silva, E. T. (2014). Sobrecarga financeira vivenciada por familiares cuidadores de indivíduos dependentes químicos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(3), 602-611. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211264>
- Souza, L. R. D., Hanus, J. S., Libera, D., Bolzan, L., Silva, V. M., Mangilli, E. M., ... & Tuon, L. (2015). Overload in care, stress and impact on the quality of life of surveyed caregivers assisted in primary care. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>
- Spagnol, S.C. B., Constantinidis, T. C., & Borloti, E. B. (2017). *Intervenções com familiares na Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: Estudo de Revisão*. Vitória: PPGP UFES. Não Publicado.
- Tabeleão, V. P., Tomasi, E., & Quevedo, L. Á. (2014). Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados. *Rev Psiq Clin [Internet]*, 41(3), 63-6. DOI: 10.1590/0101-60830000000012
- United Nations Office on Drugs and Crime (2016). *World Drug Report 2016*. Viena: UNODC. Retrieved March, 20 2017 from <http://www.unodc.org/wdr2016/>
- Vaishnavi, R., Karthik, M. S., Balakrishnan, R., & Sathianathan, R. (2017). Caregiver Burden in Alcohol Dependence Syndrome. *Journal of addiction*, 2017. Doi <https://doi.org/10.1155/2017/8934712>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou conhecer as intervenções disponíveis para atendimento de famílias de usuários dependentes químicos na RAPS, conforme descrito na literatura, e identificar características do perfil das famílias atendidas, do relacionamento com os usuários, da participação nos serviços, além de identificar e correlacionar os níveis de depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e habilidades sociais em uma amostra de familiares de usuários da RAPS no território do Espírito Santo. A pesquisa foi dividida em dois estudos, através dos quais foi possível atingir os objetivos propostos, que seguem descritos em sequência.

O Estudo 1 identificou e descreveu, através de uma revisão de literatura, o panorama das intervenções com familiares na Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Foi feita busca no Portal de Periódicos CAPES, bases PsycINFO, SCIELO, PNAS, PsycArticles e Web of Science, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico. Foram localizados 1037 estudos no período entre 2001 e 2016. Como resultado, após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, chegou-se à amostra final de 22 estudos.

A análise dos dados destacou que as intervenções familiares são oferecidas em diversos locais da RAPS, como hospitais, comunidades terapêuticas, centro de acolhimento, serviço telefônico (Ligue 132 VIVAVOZ), CRAS, mas principalmente nos CAPS ad. Entre as formas de atendimento foram encontrados serviço telefônico de aconselhamento, atendimento individual à família, grupo socioeducativo, grupo de terapia de Rede, mas a grande maioria dos atendimentos foi oferecida através de Grupos de Familiares. Entre os objetivos principais das intervenções com familiares, constatou-se a) psicoeducação e/ou orientação de familiares; b) análise da família como fator de risco ou de proteção e c) acolhimento familiar – espaço de

fala e escuta das demandas dos familiares. Desta forma, encontrou-se uma resposta sobre como as famílias dos usuários de SPA têm sido integradas às intervenções propostas pelos serviços da RAPS.

Também foram identificadas algumas lacunas nas intervenções ofertadas, como falta de sistematização dos métodos que sustentam os grupos de familiares, necessidade de diversificação na forma de atendimento, além de necessidade de discussão do tema na formação acadêmica e maior investimento na capacitação dos profissionais para atuar nesta área. Partindo desse conhecimento inicial do panorama de atendimento aos familiares de dependentes químicos na RAPS, buscou-se pesquisar de forma empírica uma amostra desta população, a fim de conhecer seu perfil e buscar responder sobre o impacto do cuidado familiar na saúde dos próprios familiares de dependentes químicos.

O Estudo 2 identificou características sociodemográficas, de relacionamento com os usuários, de participação nos serviços, em uma amostra de familiares de dependentes químicos em atendimento em equipamento da RAPS (três CAPS ad) do território do Espírito Santo, além de b) identificar e correlacionar os níveis depressão, ansiedade, codependência, sobrecarga e habilidades sociais(HS) na amostra. Para cumprir com os objetivos propostos, foi aplicado um protocolo de pesquisa aos 95 familiares participantes. O protocolo constou de Questionário Sociodemográfico, Escalas Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI); Escala de Avaliação da Codependência (HCI – *Holyoake Codependency Index*); Escala de Avaliação de Sobrecarga de Cuidadores, de Zarit (BI - *Burden Interview*); e Inventário de Habilidades Sociais (IHS).

Os resultados das análises estatísticas descritivas e inferenciais revelaram um perfil composto em sua maioria por mulheres, de meia idade, casadas, de baixa escolaridade, provendo cuidado para uma ampla maioria de dependentes de álcool e sofrendo impactos principalmente na saúde e relacionamentos. Identificou-se a presença de sintomas clínicos de

depressão (59%); ansiedade (55,8%); codependência (40%), sobrecarga (57%) e baixo nível de HS (67%). As análises apontaram ainda correlação positiva significativa entre as variáveis: depressão e ansiedade; depressão e sobrecarga; depressão e codependência; ansiedade e sobrecarga e ansiedade e codependência; sobrecarga e codependência. Houve também correlação negativa significativa entre depressão e HS e entre codependência e HS. No entanto, não houve correlação significativa entre ansiedade e HS nem entre sobrecarga e HS.

Os resultados do Estudo 2, em semelhança aos achados da literatura indicaram a incidência, em percentuais expressivos, de diferentes dimensões de sofrimento psicológico em familiares cuidadores de usuários de SPA, constatando, no cotidiano dos familiares em atendimento dos serviços de atenção, o impacto do cuidado familiar na saúde dos familiares cuidadores de dependentes químicos, responsáveis pelo acompanhamento do tratamento junto aos serviços.

Como desdobramento dos achados do Estudo 2, discutiram-se alguns pontos importantes para análise e planejamento de ações dentro das políticas públicas: a) o cuidado feminino ligado a questões de gênero; b) a atenção a ser dada à alta faixa etária da maioria dos cuidadores, que além do impacto do cuidado, são passíveis de vulnerabilidades próprias da idade; c) atenção à baixa escolaridade dos familiares cuidadores, no sentido de prover informação de qualidade sobre as diversas questões que permeiam o tema da dependência química e do tratamento do familiar usuário, utilizando recursos didáticos adaptados e adequados a esta população; d) destaque para o fato de que a maioria dos familiares em tratamento eram dependentes de álcool, ressaltando a importância de ações de prevenção junto aos familiares a fim de evitar novos casos de uso arriscado nas famílias; e) participação, pela maioria dos familiares respondentes, de Grupos de Familiares dos CAPS ad (o que está em consonância com os achados da literatura apontados no Estudo 1 desta dissertação). Todas as questões discutidas são corroboradas em estudos anteriores (Bessa, 2017; Castañón & Luis,

2008; Friedemann & Buckwalter, 2014; Garcia & Freitas, 2015; Souza et al., 2015; Tabeleão et al., 2014).

Ressaltou-se a responsabilidade e a importância de melhor planejar e qualificar as intervenções ofertadas nos Grupos de Familiares, fomentando espaço de aconselhamento, psicoeducação, avaliação de condição de saúde psicológica do cuidador e do nível de colaboração disponível (Servicio Extremeño de Salud, 2011), oportunidade de acolhimento de demandas e intervenção psicológica em grupo, para melhoria de sua saúde e qualidade de vida, dada a constatação dos níveis de adoecimento desta população.

Entre as limitações relatadas no estudo 2, destacou-se a) uso de instrumentos de autorrelato; b) tamanho da amostra; c) literatura de apoio à discussão com algumas diferenças da população alvo do estudo; d) investigação da correlação entre as variáveis, que não permite fazer inferências nem apontar relação de causalidade entre os fenômenos estudados.

Neste contexto, sugeriu-se a partir desta pesquisa, o desenvolvimento de novos estudos cobrindo as limitações relatadas, devido à relevância do estudo deste tema para a busca de melhoria na oferta de serviços e para a manutenção das políticas públicas de atenção psicossocial de base comunitária. A compreensão dos fenômenos ora apresentados abre caminho para a investigação de modelos teóricos e técnicos baseados em evidências para serem aplicados às intervenções com estes familiares, a fim de se produzir resultados mais satisfatórios na condução do tratamento da dependência química, o que é fortemente sugerido como continuidade da pesquisa a partir destes resultados.

Aspectos Éticos

Reporta-se que, em conformidade com os aspectos éticos desta pesquisa, um benefício direto da pesquisa para participantes e para os CAPS ad, já realizado, foi a execução da contrapartida devolutiva, através da “Oficina com Familiares de Usuários do CAPS ad:

Conversando é que se Entende”, que abordou as questões levantadas na pesquisa e ofereceu tecnologias e estratégias de enfrentamento, em relação aos seguintes temas: a) Papel da família como fator de proteção ao usuário, autocuidado, regulação emocional; b) Treinamento de habilidades sociais de comunicação; c) Estratégias de Resolução de Problemas; d) Motivação para mudança e apoio ao tratamento do familiar usuário. As oficinas foram realizadas junto aos três equipamentos participantes, da seguinte forma: CAPS ad Anchieta, quatro encontros semanais (01/2018 - 02/2018); CAPS ad Colatina, quatro encontros semanais, (02/2018 - 03/2018) e CAPS ad São Mateus, dois encontros quinzenais (04/2018 - 05/2018).

Outro registro a se fazer foi o fato de que, após 11/04/2018, durante a fase de coleta de dados desta pesquisa, o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI, órgão do Conselho Federal de Psicologia, emitiu parecer desfavorável para utilização dos instrumentos: a) Escalas Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) e d) Inventário de Habilidades Sociais – IHS, para avaliações, devido a estarem com estudos de normatização vencidos. Entretanto, conforme § 1º do art.2º da Resolução CFP 009/2018, as sanções éticas ao uso não se aplicam a casos de utilização em pesquisa.

Referências

- Bessa, F. B. (2017). *Sobrecarga e Sintomatologia depressiva em Familiares Cuidadores de pessoas com dependência de Álcool e Outras Drogas*. Dissertação de Mestrado Universidade Federal de São João Del Rei: PPGPSI - UFSJ. Recuperado em 01 de junho de 2018, de <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/Fernanda%20Borges%20Bessa.pdf>
- Castanõn, M. A. H., & Luis, M. A. V. (2008). Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. *Escola Anna Nery*, 12(4), 807-812. Recuperado em 10 de junho de 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a28>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP], (2018). *Resolução nº 009, de 25 de abril de 2018*. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI. Recuperada em 20 de junho de 2018, de: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>
- Friedemann, M. L., & Buckwalter, K. C. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of family nursing*, 20(3), 313-336. Doi: 10.1177/1074840714532715
- Garcia, L. P., & Freitas, L. R. S. D. (2015). Heavy drinking in Brazil: results from the 2013 National Health Survey. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 227-237. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>
- Servicio Extremeño de Salud (2011). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia. Recuperado em 10 de abril de 2017, de <http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI101421&id=101421>
- Souza, L. R. D., Hanus, J. S., Libera, D., Bolzan, L., Silva, V. M., Mangilli, E. M., ... & Tuon, L. (2015). Overload in care, stress and impact on the quality of life of surveyed caregivers assisted in primary care. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>
- Tabeleão, V. P., Tomasi, E., & Quevedo, L. Á. (2014). Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados. *Rev Psiq Clin [Internet]*, 41(3), 63-6. DOI: 10.1590/0101-60830000000012

ANEXO 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANCHIETA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas



“José Lopes de Anchieta”

CARTA DE ANUÊNCIA

O/A Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) “José Lopes de Anchieta”, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta - ES declara autorização à realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Familiares de Dependentes Químicos na Rede de Atenção Psicossocial: Panorama Atual e Perfil do Grupo”**, sob responsabilidade da pesquisadora **Silvia Campos Brunetti Spagnol**, mestranda da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, sob orientação do Prof. Dr. Elizeu B. Borloti, em sua unidade situada à Rua dos Delfins, S/N, Bairro Guanabara, Anchieta - ES.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento. Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº 466/2012, mediante aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, bem como no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados.

Anchieta-ES, 05 de dezembro 2017


Luzia de Fatima Vieira
Assessor Operacional
de Trabalho
Portaria 041/2017

Assinatura e Carimbo do Gestor da Unidade

Rua dos Delfins, s/n – Guanabara, Anchieta/ES CEP: 29.230-000 Tel: 3536 3774

ANEXO 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAPS AD II ENOCH SOARES DE ALENCAR

Colatina, 09 de Janeiro de 2018.

CARTA DE ANUÊNCIA

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) "Dr. Enoch Soares Alencar", no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Colatina - ES declara autorização à realização do projeto de pesquisa intitulado: "Famíliares de Dependentes Químicos na Rede de Atenção Psicossocial: Panorama Atual e Perfil do Grupo", sob responsabilidade da pesquisadora **Silvia Campos Brunetti Spagnol**, mestranda da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, sob orientação do Prof. Dr. Elizeu B. Borloti, em sua unidade situada à Rua Vicente Guerra, s/n, bairro Carlos Germano Nauman, Colatina - ES.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº 466/2012, mediante aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, bem como no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados.

Colatina-ES, 09/01/2018.

Sidney Cardoso da Silva
Coordenador
Caps AD de Colatina/ES
Sidney Cardoso da Silva
Coordenador - CAPS - AD

Rua Vicente Guerra 75, Carlos Germano Nauman – Colatina /ES CEP: 29.705-270
E-mail: dependenciaquimica@colatina.es.gov.br



Secretaria Municipal de Saúde

CAPS AD

CARTA DE ANUÊNCIA

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus- ES declara autorização à realização do projeto de pesquisa intitulado: **"Familiares de Dependentes Químicos na Rede de Atenção Psicossocial: Panorama Atual e Perfil do Grupo"**, sob responsabilidade da pesquisadora **Silvia Campos Brunetti Spagnol**, mestranda da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, sob orientação do Prof. Dr. Elizeu B. Borloti, em sua unidade situada à Rua Paraná, s/n – B. Ayrton Senna – São Mateus- ES.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº 466/2012, mediante aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, bem como no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados.

São Mateus-ES, 23/04/2018

Adriana Negris de Vasconcelos Kherlakian
Psicóloga/ Coordenadora CAPS AD

CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Adriana Negris de Vasconcelos Kherlakian
Psicóloga, Coord. CAPS AD
CRP 162452



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa “FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PANORAMA ATUAL E PERFIL DO GRUPO”, que visa conhecer as intervenções disponíveis para atendimento de famílias de usuários dependentes químicos na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS conforme descrito na literatura e identificar as relações entre características das famílias atendidas, sobrecarga do familiar cuidador e habilidades sociais em familiares de usuários da RAPS no território do Espírito Santo. Esta pesquisa se justifica por sua relevância social, pela extensão do problema do uso arriscado na saúde pública; pela importância da família para o tratamento do abuso e da dependência de drogas e pela necessidade de dar visibilidade ao modo como as famílias têm sido abordadas nos serviços públicos. Será útil ainda por sua relevância técnico-científica, pela possibilidade de gerar conhecimento sobre as estratégias de intervenções familiares produzidas pelos serviços da RAPS e sobre a relação entre adoecimento e falta de habilidades interpessoais do familiar para colaboração com o tratamento.

Sua participação consistirá no preenchimento de um protocolo diagnóstico composto pelos seguintes instrumentos: 1) Questionário sobre dados sociodemográficos, relação familiar, participação do familiar na Rede de Atenção e no tratamento do usuário de drogas. 2) Escalas Beck de Depressão-BDI e Ansiedade -BAI. 3) Escala de Avaliação da Codependência - HCI 4) Escala Entrevista de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit 5) Inventário de Habilidades Sociais – IHS. A aplicação do protocolo prevê uma duração mínima de 60 minutos e máxima de 90 minutos.

A previsão de risco pela participação nesta pesquisa é mínima a (o) participante, do tipo cansaço ou desconforto emocional leve ao responder os instrumentos de pesquisa. Sendo constatado cansaço, será sugerida uma pausa entre o preenchimento dos instrumentos. No caso de desconforto emocional, será disponibilizada ajuda psicológica em sala de repouso no local e o que mais for necessário para a recuperação do bem-estar da (do) participante.

Entre os possíveis benefícios, advindos dos resultados desta pesquisa, estão a oportunidade de conhecer seu estado emocional e de refletir sobre a relação com seu familiar usuário, podendo receber uma devolutiva sobre a avaliação realizada posteriormente a coleta de dados; a possibilidade de contribuir com o planejamento de tecnologias de intervenções que



considerem o adoecimento dos familiares, suas dificuldades interpessoais e nível de habilidades; a possibilidade de dar visibilidade ao modo como as famílias de dependentes químicos têm sido abordadas nos serviços públicos; além da possibilidade de gerar conhecimento sobre as estratégias de intervenções com familiares produzidas pelos serviços da RAPS.

Sua participação nesse estudo é voluntária e se dará de forma anônima e segura. A (o) participante é garantida a manutenção do sigilo e da confidencialidade das informações prestadas durante todas as fases da pesquisa. Em caso de despesa diretamente decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento a (o) participante. Ainda, havendo dano, há garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, nos termos da Lei. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE é emitido em duas vias, que vão rubricadas e assinadas em todas as páginas, tanto pela pesquisadora quanto pelo (a) participante, que receberá uma via do termo.

Em caso de dúvida e esclarecimento sobre a pesquisa, poderá ser feito contato com a pesquisadora responsável Silvia Campos Brunetti Spagnol, sob orientação do Prof. Dr. Elizeu B. Borloti, no seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, CEP 29075-210, Vitória – ES Telefone para contato: 4009-2505. E-mail: silviaspagnol@gmail.com

O Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos deverá ser acionado no caso de denúncia e/ou intercorrência na pesquisa, no seguinte endereço: UFES/Campus Goiabeiras; Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação; Campus Universitário de Goiabeiras, Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário (Prédio Administrativo do CCHN), Bairro: Goiabeiras, VITORIA-ES - CEP: 29.075-910 Telefone: 3145-9820- E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com


Após a leitura do presente Termo de Consentimento, declaro que entendi seu conteúdo e aceito participar da pesquisa, conforme firmado abaixo:


_____	_____
Assinatura da (o) participante	Pesquisadora responsável

ANEXO 5

04/08/2018
Saúde

Plataforma Brasil

 Informe o E-mail

 Informe a Senha

LOGIN

[Esqueceu a senha?](#) [Cadastre-se](#)

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE: Número do Parecer: [Pesquisar](#)

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE: Número do Parecer:

Quem Assinou o Parecer: Pesquisador Responsável:

Data Início do Cronograma: Data Fim do Cronograma: Contato Público:

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

REF:	DATA:
------	-------

1. Idade
 18 a 29 anos
 30 a 49 anos
 50 anos ou mais
2. Sexo
 Masculino
 Feminino
3. Estado Civil
 Solteiro(a)
 Casado(a)/ União Estável
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)
4. Número de filhos
 0
 1
 2
 3 ou mais
5. Situação ocupacional
 Trabalha
 Não Trabalha
6. Faixa salarial
 Menor que 1 salário mínimo
 Entre 1 e 2 salários mínimos
 Entre 2,1 e 3 salários mínimos
 Maior que 3 salários mínimos
 Não possui renda
7. Origem da renda
 Emprego ou trabalho regular
 Aposentadoria ou pensão
 Auxílio financeiro em programas do governo
 Não possui renda
8. Parentesco com o paciente
 mãe
 pai
 esposa
 marido
 irmão/irmã
 filho/filha
 avô/avó
 Outro _____
9. Escolaridade
 Analfabeto
 Ensino Fundamental
 Ensino Médio
 Ensino Superior
10. Há quanto tempo seu (sua) familiar faz uso
 menos de 1 ano
 1 a 3 anos
 3 a 6 anos
 mais de 6 anos
11. Qual o tipo de substância que seu (sua) familiar faz uso?
 álcool
 maconha
 cocaína
 crack
 outra _____
12. Com quanto tempo de uso ele (a) procurou tratamento
 menos de 1 ano
 1 a 3 anos
 3 a 6 anos
 mais de 6 anos
13. Existem outros dependentes químicos na sua residência
 sim _____
 não
14. Em que aspecto a dependência de seu (sua) familiar afeta a vida da família
 relacionamento
 financeira
 vida social
 trabalho
 violência
 saúde
 Outra _____

15. Qual serviço o Sr./ a Sra geralmente frequenta enquanto familiar de dependente químico envolvido em no tratamento dele

(a)

- CAPS AD
- Unidade Básica de Saúde
- Comunidade Terapêutica
- Hospital
- Clínica de recuperação.
- Outro _____

16- De qual (quais) atividade(s) o Sr./ a Sra participa, no serviço que frequenta, enquanto familiar de dependente químico envolvido no tratamento dele (a):

- grupo de familiares
- Atendimento individual
- Atendimento familiar
- Psicoterapia
- Assembleia de familiares
- Outro _____

17- Qual o tipo de ajuda o Sr./ a Sra espera do serviço que frequenta:

- informações sobre o tratamento da dependência química e recursos disponíveis para meu (minha) familiar.
- aconselhamento sobre o que fazer diante o problema da dependência do (a) meu (minha) familiar.
- receber acompanhamento psicológico para lidar com a situação de dependência do meu (minha) familiar.
- aprender formas de conviver com meu (minha) familiar dependente químico
- Melhorar minhas relações familiares em geral.
- Me organizar melhor e não me sentir tão mal.
- outro: _____

18 – Sobre o atendimento recebido no serviço de atenção, o Sr./ a Sra gostaria que:

- Fosse informado(a) com maior frequência sobre a evolução do(a) familiar dependente.
- Fossem indicadas formas de agir com o(a) familiar dependente.
- Disponibilizassem mais tempo para escutar o que o Sr./ a Sra têm a dizer sobre o(a) familiar dependente.
- Disponibilizassem mais tempo para escutar os problemas decorrentes da convivência com o(a) familiar dependente.
- Orientassem o Sr./ a Sra sobre como agir diante do fracasso do tratamento de seu(sua) familiar (lapso ou recaída).
- Houvesse mais disponibilidade e fácil acesso aos profissionais quando surgisse algum problema pontual.
- Outro. Sugestão: _____

ANEXO 7

Escala de Avaliação da Codependência

(HCI - Holyoake Codependency Index - Dear et al., 2000)

Traduzida no Brasil por pesquisador Bortolon et al., 2010.

Pensando no seu comportamento em relação ao uso de drogas do seu familiar, você...	(1) Discorda Totalmente.	(2) Discorda	(3) Indeciso	(4) Concorda	(5) Concorda Totalmente.
1- Frequentemente eu não tento me tornar amigo das pessoas, pois penso que elas podem não gostar de mim.					
2- Não importa o que aconteça, a família vem em primeiro lugar.					
3- Minha vida é controlada pelo comportamento e problemas do meu familiar.					
4- Eu sempre coloco as necessidades da minha família na frente das minhas.					
5- Eu vivo muito segundo os padrões das outras pessoas.					
6- Eu costumo me exibir ou fingir para impressionar as pessoas. Eu não sou a pessoa que finjo ser.					
7- Os efeitos do comportamento do meu familiar são uma constante ameaça para mim.					
8- É minha responsabilidade gastar as minhas energias ajudando e resolvendo os problemas das pessoas que gosto.					
9- No intuito de me relacionar bem com as pessoas e de ser gostado, eu preciso ser o que as pessoas querem que eu seja.					
10. Eu poderia administrar bem as coisas se o comportamento do meu familiar melhorasse.					
11- O que eu sinto não é importante desde que as pessoas que gosto estejam bem.					
12- Eu não posso colocar minhas próprias necessidades acima das dos outros, pois pode ser egoísmo.					
13- Eu preciso dar desculpas e pedir perdão à maior parte do tempo.					

CORREÇÃO HCI

ITENS:

Foco no outro: 1+5+6+9+13 / 5

Autossacrifício: 2+4+8+11+12 / 5

Reatividade: 3+7+10 / 3

Média geral: soma-se os 3 itens (3 a 15)

Média geral entre a soma e a divisão serão entre 3 (todos 1) a 15 (todos 5)

ANEXO 8

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA

Burden Interview (Zarit & Zarit, 1987; tradução para o português: Marcia Sczufca)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que refletem como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr./Sra. se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que SEU FAMILIAR pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com SEU FAMILIAR não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de SEU FAMILIAR e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de SEU FAMILIAR?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando SEU FAMILIAR está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que SEU FAMILIAR afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de SEU FAMILIAR?					
8. O(a) Sr(a) sente que de SEU FAMILIAR depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando SEU FAMILIAR está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com SEU FAMILIAR?					
11. O(a) Sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de SEU FAMILIAR?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de SEU FAMILIAR?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de SEU FAMILIAR?					
14. O(a) Sr(a) sente que SEU FAMILIAR espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de SEU FAMILIAR somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de SEU FAMILIAR por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de SEU FAMILIAR?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de SEU FAMILIAR?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por SEU FAMILIAR?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por SEU FAMILIAR?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de SEU FAMILIAR?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de SEU FAMILIAR **?					

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4