



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ROSA RACHEL MENDES PEIXOTO

SUPORTE FAMILIAR PERCEBIDO POR USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS ASSISTIDOS COM A INTERVENÇÃO BREVE

RIO DE JANEIRO
2023

ROSA RACHEL MENDES PEIXOTO

SUPORTE FAMILIAR PERCEBIDO POR USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
ASSISTIDOS COM A INTERVENÇÃO BREVE

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra Angela Maria Mendes Abreu

Aprovado por:

Professora Doutora Angela Maria Mendes Abreu – EEAN/UFRJ
Presidente da Banca (EEAN/UFRJ)

Professor Doutor João Ricardo Nickenig Vissoci – DU/DUMC
1ª Avaliador

Professor Doutor Rafael Tavares Jomar – MS/INCA
2ª Avaliadora

Professora Doutora Maria Helena do Nascimento Souza – EEAN/UFRJ
1ª Suplente

Professor Doutor Gunnar Taets – CM/UERJ - MACAÉ
2ª Suplente

CIP - Catalogação na Publicação

P379s PEIXOTO, ROSA
SUPORTE FAMILIAR PERCEBIDO POR USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ASSISTIDOS COM A
INTERVENÇÃO BREVE / ROSA PEIXOTO. -- Rio de
Janeiro, 2023.
84 f.

Orientadora: Angela Abreu.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. Substâncias Psicoativas. 2. Família. 3. Triage
e Intervenção Breve. 4. Atenção Primária à Saúde. I.
Abreu, Angela , orient. II. Título.

Agradecimentos,

À Deus, em primeiro lugar, por ter me guiado até aqui e pela certeza de Seu amor e cuidado em todo tempo.

Ao meu marido, Adailton, por todo amor, parceria, incentivo, segurança e toda estrutura de apoio que sempre me ofertou. Sem isso, creio que não teria sido possível.

Aos meus filhos, Vitor e Letícia, por terem acreditado e me apoiado desde o início; pela paciência, compreensão e encorajamento nos momentos mais desafiadores. Vocês foram fundamentais.

Aos meus pais, irmã e cunhado, por todo incentivo e suporte que sempre me ofertaram.

À minha orientadora, professora Dra. Angela Maria Mendes Abreu, minha imensa gratidão por aceitar me orientar neste desafio a que me propus; expresso aqui todo meu respeito e admiração, por sua qualificação e postura profissional, por sua dedicação e zelo pela excelência de seu trabalho.

Aos membros da banca Dr. Rafael Tavares Jomar, Dr. João Ricardo Nickenig Vissoci, Dra. Maria Helena do Nascimento Souza e Dr. Gunnar Taets por todas as contribuições na construção deste trabalho. Me sinto honrada por isso.

Às minhas colegas, por todo companheirismo e cumplicidade, palavras de ânimo e motivação.

E por fim, aos profissionais e usuários da UNIPRAD/HESFA, pela confiança, acolhimento e colaboração que tornaram possível a realização dessa pesquisa.

RESUMO

PEIXOTO, Rosa Rachel Mendes. **Suporte familiar percebido por usuários de substâncias psicoativas assistidos com a intervenção breve.** Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2023.

O abuso de drogas é um importante problema de saúde pública e a Intervenção Breve mostra-se efetiva no enfrentamento desta problemática, pois pode ser potencializada na presença de suportes sociais, principalmente o familiar. O objetivo deste estudo foi descrever o suporte familiar percebido e a redução do consumo de substâncias psicoativas entre usuários submetidos à Intervenção Breve. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo realizado em uma Unidade de Atenção de Média Complexidade de um Hospital Universitário, Rio de Janeiro/Brasil, com 44 usuários de substâncias psicoativas em acompanhamento com a Intervenção Breve. Para análises estatísticas, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste de Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. A maioria dos participantes eram homens (90,9%), com idade entre 20 e 57 anos ($47,2 \pm 8,67$ anos). Observou-se prevalência de baixa percepção de Suporte Familiar Total. O fator Adaptação Familiar foi o de maior prevalência para baixo nível de percepção. Houve prevalência da diminuição das drogas entre os que apresentaram uma percepção de autonomia classificada como alta. Constatou-se que renda mais baixa estava associada a baixos níveis de percepção de suporte familiar. A situação conjugal também influenciou, pois, a ausência de parceiro conjugal associou-se a uma baixa percepção de adaptação familiar. Não residir com familiares associou-se ao baixo senso de adaptação familiar, de autonomia e a percepção do suporte familiar total. Conclui-se que a percepção de suporte familiar, adaptação e autonomia está ligada a fatores como situação conjugal, renda e convivência com familiares, destacando a importância do contexto familiar neste cenário.

Palavras-chave: substâncias psicoativas, família, triagem e intervenção breve, atenção primária à saúde

ABSTRACT

PEIXOTO, Rosa Rachel Mendes. **Perceived family support among users of psychoactive substances assisted with brief intervention.** Rio de Janeiro, 2023. Dissertation (Master's in Nursing) - Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, 2023.

Drug abuse is a significant public health issue, and Brief Intervention has been shown to be effective in addressing this problem, especially when enhanced by social support, particularly from family members. The aim of this study was to describe perceived family support and the reduction of psychoactive substance use among users undergoing Brief Intervention. This was a cross-sectional, descriptive study conducted at a Medium Complexity Care Unit of a University Hospital in Rio de Janeiro, Brazil, involving 44 psychoactive substance users receiving Brief Intervention. Statistical analyses employed Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, with a significance level of 5%. Most participants were men (90.9%), aged between 20 and 57 years (47.2 ± 8.67 years). A prevalence of low perceived Total Family Support was observed. The Family Adaptation factor had the highest prevalence of low perception. A prevalence of reduced drug use was found among those with a perceived high level of autonomy. Lower income was associated with low levels of perceived family support. Marital status also influenced outcomes, as the absence of a marital partner was associated with low perceived family adaptation. Not living with family members was associated with low levels of family adaptation, autonomy, and total family support perception. It is concluded that the perception of family support, adaptation, and autonomy is linked to factors such as marital status, income, and cohabitation with family members, highlighting the importance of the family context in this setting.

Keywords: psychoactive substances, family, screening and brief intervention, primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da população de estudo	35
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens referentes ao Fator afetivo-consistente (F1)	38
Quadro 2 - Itens referentes ao Fator Adaptação Familiar (F2)	38
Quadro 3 - Itens referentes ao Fator Autonomia (F3)	39
Quadro 4 - Apresentação de medidas para interpretação dos resultados, por meio da pontuação bruta por fator e total	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das características sociodemográficas dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44).....	44
Tabela 2: Descrição das principais drogas de uso dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44).....	45
Tabela 3: Descrição da redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas pela aplicação da Intervenção Breve, nos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44)	45
Tabela 4: Descrição da redução do consumo de pelo menos uma droga mediante a aplicação da Intervenção Breve, nos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44)	46
Tabela 5: Descrição das frequência de respostas aos itens do fator 1 (Afetivo-Consistente) do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)	47
Tabela 6: Descrição das frequência de respostas aos itens do fator 2 do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)	48
Tabela 7: Descrição das frequência de respostas aos itens do Fator 3 do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, dos usuários de substâncias psicoativas, cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)	48
Tabela 8: Estatística de pontuação, percentil e Alpha de Cronbach, por fatores e total, do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, referentes aos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)	49
Tabela 9: Descrição da classificação do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, por Fatores e suporte total referentes aos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na	

UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)..... 50

Tabela 10: Análise bivariada da relação entre dados sociodemográficos e os fatores da percepção do Suporte Familiar dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023 (n =44). 52

Tabela 11: Análise bivariada entre a redução do consumo referente a todas as drogas em uso e os fatores da percepção do Suporte Familiar dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44) 53

Tabela 12: Análise bivariada da relação entre a redução do consumo por tipo de droga, e os fatores da percepção do Suporte Familiar dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44) 54

Tabela 13: Análise bivariada entre a Abstinência e o Suporte Familiar, por fator e total, dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023 (n =44)..55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatry Association.
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Use Disorders Identification Test
BZDs	Benzodiazepínicos
CAPS ad	Centro de atenção psicossocial álcool e o outras drogas.
CID – 10	Classificação Internacional de doenças.
DSM – 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EM	Entrevista Motivacional
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis.
IB	Intervenção Breve
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar.
LENAD	Levantamento Nacional sobre o uso de drogas
MDMA	3,4-metilenodioximetanfetamina.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SM	Salário Mínimo.
SDA	Síndrome de dependência de álcool
SNC	Sistema Nervoso Central.
SPA	Substância Psicoativa.
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UNIPRAD	Unidade de Problemas Relacionados a Álcool e outras Drogas.
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	11
1.2	PROBLEMA.....	12
1.3	HIPÓTESES	15
1.4	OBJETIVOS.....	15
1.4.1	Geral	15
1.4.2	Específicos.....	15
1.5	JUSTIFICATIVA.....	15
1.6	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1	DROGAS DE ABUSO: TIPOS E EFEITOS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA E DO INDIVÍDUO.....	19
2.2	SUPORTE FAMILIAR NO CONTEXTO DAS DROGAS: A FAMÍLIA E SEU PAPEL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	23
2.3	A INTERVENÇÃO BREVE NO CONTEXTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	27
2.4	REFERENCIAL TEÓRICO: O PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN	29
3	METODOLOGIA	34
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	34
3.2	LOCAL DA PESQUISA	34
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	35
3.3.1	Crítérios de inclusão	36
3.3.2	Crítérios de exclusão	36
3.4	COLETA DE DADOS.....	36
3.4.1	Instrumentos	37
3.4.2	Variáveis de estudo	40
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	41
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
4.1	ANÁLISES UNIVARIADAS	43
4.2	ANÁLISES BIVARIADAS	50
5	DISCUSSÃO.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
7	REFERÊNCIAS	66
	ANEXOS E APÊNDICES	74
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
	APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS...	77
	ANEXO A: ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST).....	88
	ANEXO B QUADRO DE CONSUMO DE DROGAS.....	82
	ANEXO C: INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR-IPSF.	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Durante todo meu processo de formação profissional percebi a importância de se pensar o sujeito no contexto da família, uma vez que, mesmo tendo uma identidade individual, tem também uma identidade no grupo familiar e acaba por agir a partir do lugar que ocupa nele (Minuchin, 1982).

Sempre se fez evidente para mim a influência que a família tem na produção da subjetividade de seus membros, bem como a necessidade de considerá-la no processo de busca de entendimento acerca do indivíduo e/ou na construção de qualquer plano de intervenção.

Também, a partir de minhas vivências profissionais, tanto em Psicodiagnóstico quanto em Terapia Cognitivo Comportamental, foi possível verificar como o dia a dia de cada um é afetado pelas relações e eventos familiares. Através dos atendimentos realizados, tive a oportunidade de acompanhar casos em que o paciente chegava identificado como aquele membro da família que apresentava problemas e necessitava de ajuda, mas que, no fim do processo, verificava-se que o sintoma apresentado por ele era, na verdade, um sintoma da família. Assim, tratá-lo de forma isolada, não intervindo no contexto familiar em que estava inserido, se constituiria um esforço frustrante para todas as partes: paciente, família e profissional.

Em casos em que se tratava nitidamente de questão realmente pessoal, era possível verificar, a influência que a família exerce sobre o indivíduo podendo afetar, positiva ou negativamente, o tratamento. Portanto, consolidou-se ao longo de minha trajetória acadêmica a percepção de que se faz necessário compreender e tratar o sujeito e sua família de forma singular.

Minha aproximação com a temática dessa pesquisa se deu a partir da oportunidade de participar, como visitante observadora, de uma sessão de acolhimento do Núcleo de Atenção às Pessoas com Problemas de Álcool e outras Drogas (UNIPRAD), situado no Instituto de Atenção à saúde São Francisco de Assis (HESFA/URFJ). Neste encontro ouvi relatos dos usuários presentes sobre conflitos e dificuldades enfrentados no âmbito de suas famílias devido ao seu problema com o uso de drogas. À época, estava cursando estágio em Psicodiagnóstico na graduação onde tive uma aproximação com a avaliação do suporte familiar por meio do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e essas histórias impactantes reforçaram meu interesse na avaliação do suporte familiar, levando-me a investigar mais profundamente esse tema em meu trabalho de conclusão de curso (TCC), onde optei por analisar a percepção

de suporte familiar entre os usuários de álcool e outras drogas, escolhendo a UNIPRAD como local de coleta de dados.

Durante a pesquisa para desenvolvimento do meu TCC tive a oportunidade de conhecer o trabalho da equipe de Enfermagem que ali atua com a Intervenção Breve (IB), uma proposta para o trabalho junto aos pacientes usuários de álcool e outras drogas nos serviços nas diferentes redes de atenção, que se baseia em técnicas cognitivo-comportamentais para promover mudanças no comportamento de consumo desses usuários de forma que ele se responsabilize e assuma a condução de seu tratamento, promovendo sua autonomia, até mesmo buscando em sua rede de relacionamentos, o suporte necessário para isso (SILVA; MIGUEL, 2019). É uma proposta totalmente alinhada com a abordagem teórica que adoto em minha prática como psicóloga.

Junto a isso, veio o entendimento de que a problemática do uso nocivo e dependência de drogas deve ser abordado de forma holística, buscando-se integrar todos os fatores implicados na questão e não apenas abordar o usuário de forma isolada, pois se trata de um complexo problema de saúde e social que necessita de uma abordagem interdisciplinar. Além disso, avaliar a qualidade do suporte torna-se fundamental para o trabalho em diversos contextos, sejam em âmbito clínico ou social/comunitário.

Nesse sentido, a presente pesquisa teve como **objeto de estudo** a Intervenção Breve e a percepção Suporte Familiar de pacientes usuários de substâncias psicoativas.

Optou-se, nesta pesquisa, por investigar 3 aspectos específicos do Suporte Familiar - Afetivo-consistente, Adaptação e Autonomia - que englobam o apoio emocional, manifestações de afeto, proximidade, comunicação congruente e afetuosa, clareza de regras, habilidade em resolução de problemas, consistência de comportamento e verbalizações, estímulo à autonomia, além de características como confiança, senso de pertencimento e compreensão, refletindo a avaliação feita pelo próprio paciente a respeito do suporte que recebe de sua família, conforme medido pelo Inventário de Percepção de Suporte Familiar (BAPTISTA, 2009).

1.2 PROBLEMA

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, emitido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2023), a oferta crescente de drogas ilícitas e o aprimoramento das redes de tráfico estão agravando as crises globais convergentes, o que pode incluir questões como o aumento do uso de drogas ilícitas, o crescimento das redes de tráfico, o aumento dos

transtornos relacionados ao uso de drogas e os desafios enfrentados pelos serviços de saúde e as forças policiais em lidar com essas questões.

Conforme dados apresentados, estima-se que em 2021 mais de 296 milhões de indivíduos utilizaram drogas em geral, o que representa um aumento de 23% em relação à década anterior. Além disso estimou-se que, aproximadamente 13,2 milhões de pessoas em todo o mundo tenham usado drogas injetáveis no mesmo ano, um número 18% maior do que as estimativas anteriores. Outro fato apresentado foi o de que o número de pessoas que sofrem com transtornos relacionados ao uso de drogas tenha atingido 39,5 milhões, refletindo um aumento de 45% ao longo de uma década (UNODC, 2023).

Conforme apontado no referido Relatório, a busca por tratamento para transtornos relacionados ao uso de drogas permanece inadequada. Em 2021, somente uma em cada cinco pessoas afetadas por tais transtornos recebeu assistência para lidar com seu consumo, e observa-se que as disparidades no acesso ao tratamento entre as diversas regiões estão em crescimento (UNODC, 2023).

Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas de 2023, a cannabis continua sendo a droga ilícita mais consumida na Europa, com cerca de 8% dos adultos europeus (aproximadamente 22,6 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos) relatando o uso no ano de 2022 (EMCDDA, 2023).

Ainda de acordo com o mesmo relatório, a cocaína foi consumida por cerca de 1,3% (3,7 milhões) dos adultos europeus (com idades entre 15 e 64 anos) no ano de 2021, sendo a substância mais frequente nos casos de intoxicação aguda registrados em serviços de emergência hospitalar, representando 27% das ocorrências (EMCDDA, 2023).

Nas Américas, um estudo conduzido por Chrystoja et al. (2021), revelou que o consumo per capita de álcool no continente é 25% acima da média global, com mais de 40% das pessoas que fazem consumo de risco. O estudo mostrou que 1,4% das mortes anuais ocorridas entre 2013 e 2015 na região foram exclusivamente atribuídas ao álcool, das quais a maioria em pessoas com menos de 60 anos.

No Brasil, os dados considerados mais alarmantes dizem respeito aos padrões de uso do álcool. Segundo o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira (LENAD), 66.4% dos entrevistados, de 12 a 65 anos, declarou ter consumido bebida alcoólica alguma vez na vida e aproximadamente 3,3 milhões de indivíduos maiores de 12 anos apresentaram critérios para dependência de álcool ou alguma substância, exceto tabaco, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Isso representa 2,2% dos indivíduos da população de pesquisa. Com relação às drogas ilícitas, os resultados mostram, que 3,2% dos brasileiros, o que corresponde a 4,9 milhões de pessoas, usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à

pesquisa. Entre estas, prevalece a maconha, seguida da cocaína, do crack e similares, dos solventes, do ecstasy/MDMA (BASTOS et al, 2017).

Quanto às famílias, a literatura afirma que elas são fortemente impactadas pela dependência química em várias dimensões (psicológica, afetiva, financeira e social). Os relacionamentos intrafamiliares ficam estremecidos; além da exclusão social e o estigma a que todos são submetidos, o que pode contribuir para a sobrecarga destes familiares, que frequentemente têm dificuldades em lidar com a questão, podendo vir a comprometer a recuperação do membro usuário. Mas quando essas famílias se implicam no cuidado, os danos podem ser reduzidos e haver melhoras nos resultados e na conclusão do tratamento desse indivíduo (KOURGIANTAKIS; ASHCROFT, 2017; PAGANNI; MINOZZO; QUAGLIA 2018).

Diversos estudos apontam que a falta de suporte e um ambiente familiar conturbado podem está associados ao estresse, a depressão, a desesperança e comportamentos de risco, inclusive tentativas de suicídio (LO et al, 2017; LOTON; WATERS, 2017; MAGNANI ; STAUDT, 2018). Em contrapartida, outros afirmam que a oferta de suporte familiar está vinculado a aspectos saudáveis e positivos, como saúde mental, melhor qualidade de vida e das relações interpessoais, também às habilidades e estratégias de enfrentamento adaptativas. A autoeficácia e o lócus de controle interno (o senso de que o controle sobre o alcance de metas/objetivos está no próprio esforço, ação e competências e não em fatores externos) está associado com um suporte familiar percebido como alto (BATISTA et al, 2021; BAPTISTA; ALVES; SANTOS, 2008).

Em relação à Intervenção Breve, sabe-se que ela tem entre seus elementos contitutivos o foco no estímulo e promoção da confiança do paciente em seus próprios recursos para obtenção de sucesso no resultado (Self-efficacy) e a ênfase na autonomia e a responsabilização do paciente quanto às decisões relativas ao seu tratamento (Responsibility) (HUMENIUK et al., 2010; SILVA; MIGUEL, 2019).

Diversos autores apontam para a existência de evidências quanto a eficácia desta abordagem na assistência ao uso nocivo de substâncias psicoativas e para adequação da Atenção Primária da Saúde para a sua aplicação (SILVA; MIGUEL, 2019; RONZANI et al. 2018; HUMENIUK et al., 2010).

Nesse sentido, o presente estudo tem como **questões de pesquisa:**

- Como os usuários assistidos com Intervenção Breve em um serviço para pacientes com

problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do município do Rio de Janeiro - RJ, percebem seu suporte familiar?

- O suporte familiar dos usuários de substâncias psicoativas é melhor percebido pelos que apresentaram redução do consumo das substâncias pela Intervenção Breve?

1.3 HIPÓTESES

- Os usuários assistidos com a Intervenção Breve em unidade de serviço para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas no município do Rio de Janeiro-BR, tem a percepção de um baixo suporte familiar.
- Os usuários que diminuem o consumo tem uma percepção mais satisfatória de seu suporte familiar.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Geral

- Descrever o suporte familiar percebido e a redução do consumo de substâncias psicoativas entre usuários submetidos à Intervenção Breve.

1.4.2 Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico dos usuários de substâncias psicoativas assistidos com Intervenção Breve no serviço.
- Levantar dados relativos ao consumo das substâncias psicoativas utilizadas;
- Descrever o suporte familiar a partir da aplicação do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF);
- Analisar a associação da percepção do suporte familiar com perfil sociodemográfico dos usuários.
- Analisar a associação do suporte familiar percebido pelos usuários e o resultado da Intervenção Breve.

1.5 JUSTIFICATIVA

As dimensões e a complexidade do problema do uso de drogas no cenário global e

nacional, apontam para os danos à saúde e para o número de mortes relacionadas a estas, exigindo esforços renovados para apoiar a prevenção, o tratamento e a prestação de serviços destinados a reduzir os efeitos nocivos decorrentes do seu uso. (UNODC, 2021; 2023).

Com aumento do consumo de drogas no país, surgem novos problemas e desafios que abrangem diferentes campos do saber, inclusive na saúde pública. Estes problemas e desafios não se restringem apenas ao tratamento e cuidado a ser ofertado, mas a uma gama de mobilizações interdisciplinares e intersetoriais que englobam comunidade, famílias e territórios. Nesta perspectiva percebe-se a necessidade de serviços e ações que visem garantir a integralidade da assistência aos usuários de drogas, com participação cada vez mais efetiva das famílias neste processo, visando apoio, suporte e a reinserção social destes sujeitos (COSTA, 2018; CLAUS et.al, 2018).

Diante desse cenário, os serviços de saúde, com o fim de prestar assistência integral aos usuários de drogas, precisam voltar sua atenção para as famílias, visto que são um dos principais suportes sociais, visando seu fortalecimento e instrumentalização para o enfrentamento dos problemas relativos ao uso de SPA's, bem como o estabelecimento de uma aliança terapêutica com ela, pois esta pode vir a ser fator de risco ou proteção para o usuário (SILVA, 2018).

Para se empreender qualquer tentativa de compreender o usuário, e assim poder se pensar em qualquer possibilidade de intervenção em sua realidade, é importante que se considere a sua família e que esta esteja inserida nas ações interventivas, implicando-a em todo o processo de cuidado, do início ao fim do tratamento. Assim, através dessa aproximação, torna-se possível obter dados que levem a um entendimento mais abrangente do sofrimento do usuário, bem como de todo seu núcleo familiar (COSTA, 2018).

Entende-se que a família, os usuários e serviços de saúde são vértices de um triângulo terapêutico, no qual a relação da primeira com os outros dois pode exercer extrema influência sobre o tratamento, visto que pode atuar tanto de forma a ajudar no manejo deste usuário junto à equipe de saúde, quanto a levá-lo a desistir do processo terapêutico, seja pelas críticas ou pela falta de apoio. Importa conhecer, portanto, esse contexto e definir estratégias para superar esses desafios com vistas a potencializar as forças, incluindo ações voltadas tanto para os usuários quanto para sua família (CLAUS et.al, 2018).

Por isto, voltar o olhar para a problemática do uso de drogas focando nesta triangulação, a fim de potencializar a efetividade da participação da família nestes espaços, pode ser um importante diferencial na oferta de cuidados ao usuário e na forma como ele vai enfrentar o tratamento (CARVALHO; SANTANA, 2018).

O suporte familiar, sendo entendido como apoio emocional e material, incentivo à

autonomia, a comunicação congruente e afetiva e o uso de regras e limites claros, que fornecem a percepção de ser amado, valorizado e compreendido, entra neste contexto como ferramenta essencial no cuidado dos indivíduos no serviço em que encontram-se inseridos (BAPTISTA, 2009; CARVALHO; SANTANA, 2018).

Além disto, trata-se de uma temática de importância, sendo uma das pautas da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, que prevê, dentre seus objetivos, o reforço da prevenção e o tratamento do uso nocivo de álcool e outras drogas, a fim de diminuir o agravo dos Transtornos de saúde mental e pelo uso de substâncias psicoativas. Ademais, o uso e abuso de drogas psicoativas é uma questão multifatorial, que possui interface com vários determinantes sociais de saúde, configurando-se como de relevância também no âmbito da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (OPAS, 2017; BRASIL; 2018).

A Política de Atenção Integral ao Usuário de álcool e drogas também aponta para a importância de se reconhecer o consumidor com suas características e necessidades com vistas a projetar e implantar programas diversificados, adaptados às diferentes necessidades, de modo a multiplicar as possibilidades de enfrentamento da problemática relacionada ao uso do álcool e outras drogas, preconizando as ações de detecção precoce do uso nocivo e/ou dependência química de forma articulada com práticas de prevenção, educação e terapêuticas, dentre as quais, a Intervenção Breve se apresenta, o que justifica a necessidade de estudos nesta área (BRASIL, 2004).

Justifica-se também por estar alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, de 2017, do Ministério da Saúde, que tem como um de seus objetivos a melhoria das condições de vida, reduzindo as vulnerabilidades e riscos à saúde e que define como um dos temas prioritários o enfrentamento abusivo de álcool e outras drogas. Está em consonância, ainda com esta mesma política, no que diz respeito a preconização de ações de saúde individuais, familiares e coletivas envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, desenvolvida por meio de práticas de cuidado dirigida à população em território, realizado com equipe multiprofissional.

No tocante à Intervenção Breve, trata-se de uma ferramenta efetiva na prevenção e no acompanhamento de usuários de álcool, bem como de outras substâncias psicoativas, sendo estratégica neste contexto para evitar o agravamento dos transtornos por uso nocivo destas substâncias e dos problemas relacionados a elas, podendo ser potencializada com a presença de suportes sociais e familiares (BRANCO; FERREIRA; BARROSO, 2020; SILVA; MIGUEL, 2019).

Sobretudo esse estudo agrega valor quando traz as atividades do enfermeiro em parceria

com as práticas da psicologia nesse contexto, envolvendo a atenção primária e secundária no atendimento dessa clientela num cuidado compartilhado com potencial para implementar estratégias de assistência capaz de potencializar mudanças efetivas na vida do usuário.

1.6 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO

Esta pesquisa se torna relevante, pois por meio dos resultados poderá se identificar pontos vulneráveis das interações familiares dos usuários, que se percebidas a tempo, podem ser passíveis de intervenção pelo serviço e equipe de saúde. A percepção dos usuários sobre o suporte familiar poderá embasar uma reflexão da equipe sobre a importância desta ferramenta no serviço no tocante a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, e nortear a equipe no planejamento das ações e intervenções junto aos usuários e familiares no tratamento.

Os resultados obtidos poderão também contribuir com informações para o serviço que fomentem discussões sobre melhorias no tratamento destes usuários, por meio da inclusão da família neste contexto, inserindo estas famílias em grupos terapêuticos, de modo a prepará-las e apoiá-las no cuidado e acompanhamento dos usuários.

Também poderá trazer reflexão sobre o papel do suporte familiar em usuários que estejam assistidos com intervenção breve em serviços de saúde que prestem cuidado a esses usuários.

Poderá, ainda, servir de base para debates no âmbito da academia sobre a importância do fortalecimento do suporte familiar no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas e sua reinserção social, bem como sobre a oferta de cuidado a família que também adoece e pode vivenciar de forma direta e indireta a co-dependência.

E por fim, a pesquisa poderá contribuir na produção científica por meio de artigos científicos, apresentação em seminários, congressos e afins, contribuindo com a geração de maior conhecimento neste campo e novas possibilidades de pensar o cuidado compartilhado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DROGAS DE ABUSO: TIPOS E EFEITOS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA E DO INDIVÍDUO.

Apesar de o consumo de substâncias psicoativas pela humanidade ser milenar, a dependência química é um conceito da contemporaneidade. Porém, como nos lembram Perrenoud e Ribeiro (2019), o uso problemático dessas substâncias sempre existiu, como se pode perceber por narrativas bíblicas em que se observam padrões alterados do consumo de álcool e seus efeitos; e, também nas palavras de Aristóteles, no século IV a.C, em *Ética a Nicômano*, quando ele afirma que a virtude em beber está no equilíbrio entre a sobriedade e o exagero, se referindo ao uso estremado da bebida como “vício”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, droga é “qualquer substância que não seja produzida pelo organismo, e que tenha o poder de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, gerando alterações em seu funcionamento” (OMS, 2006).

As drogas que afetam especificamente a atividade cerebral são as chamadas psicoativas ou psicotrópicas e, quanto à sua ação no Sistema Nervoso Central (SNC), são classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras. Enquanto as drogas depressoras diminuem a atividade cerebral, as estimulantes aumentam esta atividade; já as perturbadoras, vão modificar a qualidade do funcionamento do cérebro (SADOCK, B.; SADOCK, V.; RUIZ, 2017).

A AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA), no DSM-V, faz menção a 10 diferentes classes de drogas: o álcool; a cafeína; a Cannabis; os alucinógenos (com categorias distintas); os inalantes; os opióides; os sedativos, ansiolíticos e hipnóticos; os estimulantes (que abrangem a cocaína, a anfetamina, por exemplo); o tabaco; e uma última classe na qual se enquadram outras substâncias ou substâncias desconhecidas. Apesar de distintas, todas essas drogas têm em comum o poder de ativar o sistema de recompensa do cérebro quando consumidas em excesso, porém cada uma destas vai gerar diferentes problemas e sintomatologias, bem como diferentes transtornos.

O álcool é uma substância depressora do sistema nervoso central (SNC). A síndrome de dependência de álcool (SDA), é um dos transtornos mentais mais prevalentes na sociedade, sendo considerado um grave problema de saúde pública. É uma doença crônica, associada a inúmeros danos clínicos, trabalhistas, econômico, familiares e sociais; também a situações de violência, traumatismos e acidentes de trânsito. O diagnóstico tardio e conseqüente retardo do início de um tratamento adequado acaba por agravar o prognóstico, uma vez que quanto mais

precoces o diagnóstico e o tratamento, melhores são as chances de recuperação (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRAS, 2019).

O termo “tabagismo” é aplicável ao consumo de qualquer produto derivado do tabaco. Na sociedade brasileira, o cigarro industrializado prevalece como a forma de consumo de tabaco mais comum. Mas, importa ressaltar que o tabaco pode ser usado de diversas maneiras conforme sua forma de apresentação: inalada (cigarro, charuto, cigarro de palha, narguilé), aspirada (rapé), mascada (fumo-de-roló). Entre as substâncias absorvidas pelo organismo no ato de fumar estão a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono, que aumentam a morbimortalidade. Os malefícios do tabagismo afetam não só os indivíduos usuários dessa substância, mas também os chamados “fumantes passivos”; além disso, reverbera em altos gastos públicos em despesas médicas e perda de produtividade que superam ou chegam a superar o valor arrecadado com impostos incidentes sobre a venda de cigarros. Assim como o tabagismo é uma doença complexa e multifatorial, seu tratamento também deve abordar diversos aspectos (PRESMAN; GIGLIOTTI, 2019).

Entre as drogas ilícitas, a maconha é a mais utilizada no mundo. O cultivo da *Cannabis Sativa* remota há mais de 6.000 anos, na China, e ao longo da história, nas mais diversas culturas, ela tem sido usada como alimento, fármaco e para obtenção de fibras, também para fins religiosos ou recreativos, segundo Zuardi, Crippa e Souza (2019).

Estes mesmos autores afirmam que o uso recreativo da maconha pode levar os usuários a desenvolverem sintomas psiquiátricos agudos e dependência; alertam que o seu uso regular pode gerar uma série de problemas de saúde, cognitivos e psicossociais; além disso, chamam a atenção para o advento de novas formas de *Cannabis* sintética que podem ter impactos preocupantes em termos de saúde pública.

A cocaína tem efeito estimulante do SNC. Os efeitos agudos da intoxicação por essa substância incluem aumento da atenção e da atividade motora e taquicardia. Seu princípio ativo é extraído da folha da *Erythroxylon coca*, originária das cordilheiras dos Andes, na América do Sul. Essa folha era mascada, o que levava a uma baixa ingestão da substância, o que mitigava os efeitos danosos da mesma. Ganhou popularidade na Europa e América do Norte na segunda metade do século XIX e já foi descrita como um fármaco com diversas propriedades terapêuticas por Freud, que posteriormente reviu seu ponto de vista, reconhecendo seu potencial aditivo e seus efeitos indesejáveis (MARAFANNTI; PINHEIRO, 2019).

Já o crack é originário dos Estados Unidos, em bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami, sendo passível de fabricação caseira a partir da mistura do pó ou pasta de cocaína com bicarbonato de sódio. Seu baixo custo atraiu novos consumidores e seu consumo está

relacionado a elevado índice de mortalidade, afetando indivíduos de todas as classes sociais. O consumo de cocaína/crack é apontado como principal causa de internação pelo uso de drogas ilícitas, sendo associado a significativos prejuízos sociais, tais como maior risco de se adotar comportamentos de risco à saúde, além de participação em atividades ilícitas, representando uma importante questão de saúde pública (MARAFANNTI; PINHEIRO, 2019).

Os benzodiazepínicos (BZDs), possuem propriedades sedativas, ansiolíticas, hipnóticas, entre outras, estando, devido a isso, entre as drogas mais frequentemente prescritas no mundo. Surgiram na década de 1960 como uma alternativa mais segura de ansiolíticos do que os barbitúricos. O diazepam, um dos primeiros a ser desenvolvidos, se popularizou, tornando-se a droga mais prescrita nos Estados Unidos entre as décadas de 1960 e 1990. Os BZDs são medicações prescritas para diversas patologias psiquiátricas, também são usados em fases do tratamento dos transtornos causados por uso de álcool e outras drogas, especialmente para combater os sintomas de abstinência. Todavia, é importante ressaltar que a síndrome de dependência dos BZDs pode ocorrer mesmo em doses terapêuticas, pela facilidade de se desenvolver tolerância, sendo não recomendado seu uso por tempo prolongado (SORDI et al, 2019).

Os opióides são drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC) que são usadas no tratamento da dor, sendo o Brasil o maior consumidor de analgésico opióide da América do Sul. São classificadas em Opióides naturais (ópio, morfina, codeína e tebaína), Opióides semissintéticos (heroína, oxicodeona, hidrocodona, oximorfona e hidromorfona). Opióides sintéticos (meperidina, fentanil, LAAM [L- α -acetilmetadol ou levometadilacetato, propoxifeno e metadona). Assim como o crack, é uma droga com alto potencial para induzir a dependência e desencadear crises de abstinência graves que levam os usuários a se envolver em comportamentos ilícitos, além da própria exclusão social (CASTRO, 2019).

Os estimulantes tipo anfetaminas (ETA's) são drogas sintéticas de fácil produção em laboratórios clandestinos. No Brasil, se tornaram conhecidas como "bolinha" ou "rebite", muito usados como meio de emagrecimento rápido; também para manter-se mais horas acordados, principalmente por estudantes e caminhoneiros. Posteriormente, chamadas de "balas" por frequentadores de raves, termo inicialmente associado ao ecstasy, que lhes dá sensação de maior energia, entre outros efeitos. Há uma variedade de tipos de ETAs além da própria anfetamina, a metanfetamina, a dextroanfetamina, o metilfenidato (conhecido comercialmente por Ritalina), a metileno-dioxi-metanfetamina (MDMA, ou ecstasy), a metileno-dioxi-anfetamina (MDA), a p-metoxi-anfetamina (PMA) e a p-metoxi-metanfetamina (PMMA). O uso de ETAs também representa uma preocupação significativa de saúde pública, devido a seus efeitos e o alto

potencial de dependência dessas substâncias (DIEHL; CORDEIRO; LEMOS, 2019).

As drogas alucinógenas são perturbadoras do SNC, induzindo a alterações na percepção, no pensamento e nos sentimentos. Trata-se de um grupo de diversos tipos de substâncias de origem natural ou sintética (produzidas em laboratório). Entre as naturais mais conhecidas estão *ayahuasca*; beladona; alguns cogumelos; plantas, como *Datura stramonium*, ibogaína, jurema, mandrágora, paricá, peiote e sálvia; alucinógenos sintéticos, como LSD e DOM; anfetaminas psicodélicas, como MDA e NBOMe; e anestésicos psicodélicos, como PCP e cetamina. Usada milenarmente pelo homem, em rituais espirituais ou de cura, na atualidade tem sido buscada como forma de tratamento para diversos males, incluindo a própria dependência química, com fácil acesso à compra pela internet, o que tem se configurado como importante questão de saúde pública (CORDEIRO, 2019).

Os Inalantes correspondem a uma ampla variedade de substâncias, com diferentes estruturas químicas, que evaporam com facilidade e produzem, rapidamente, sensações agradáveis e excitatórias, como euforia e desinibição, e, com isso, podem dar também a impressão de melhorar o desempenho sexual. São substâncias de baixo custo, fácil acesso e armazenamento pelo usuário, como por exemplo, a acetona ou lata de cola de sapateiro, pois não são, em sua maioria, consideradas substâncias ilegais e potenciais drogas. Esses fatores explicam o maior consumo entre crianças e adolescentes jovens, por não necessitarem de maior sofisticação para sua aquisição. Uma droga inalante que alcançou popularidade no Brasil, foi o lança-perfume (uma mistura de éter, clorofórmio, cloreto de etila e essências perfumadas), desde o início do século XX, como uma das muitas brincadeiras vistas no carnaval brasileiro. Foi muito usado nas décadas de 1930 e 1940, porém após vários casos de morte, sobretudo por parada cardíaca, o uso do lança-perfume acabou sendo proibido no Brasil. E como alternativa surgiu o popular “cheirinho de loló, uma mistura clandestina de álcool etílico ou benzina, clorofórmio, éter e essências de frutas (CORDEIRO; DIEHL, 2019).

A anabolizantes, são substâncias sintéticas análogas à testosterona, usadas por um número cada vez maior de pessoas com fins estéticos ou esportivos, mesmo sem indicação médica. São responsáveis por uma série de efeitos indesejados sobre a saúde, seja de ordem somática ou psiquiátrica, mas a despeito disso, a maioria dos usuários não procura atendimento médico (SALES; DIEHL, 2019).

Importante ressaltar que o consumo de mais de uma substância é tido mais como regra, não exceção; e que o uso simultâneo ou sequencial de drogas é capaz de produzir quadros clínicos atípicos e provocar o agravamento de quadros de intoxicação e abstinência, sendo fundamental fazer a detecção do poliuso para que se defina um planejamento terapêutico

adequado (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2019).

2.2 SUPORTE FAMILIAR NO CONTEXTO DAS DROGAS: A FAMÍLIA E SEU PAPEL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Ao longo do tempo, a família tem passado por transformações diversas. Mudanças sociais trouxeram novos modos de convivência e configurações. Hoje, é possível ver diferentes arranjos familiares, não existindo um modelo único de família. Por isso, o conceito de família é algo amplo e subjetivo pois são os laços afetivos, mais que os consanguíneos, que a definem. Mas, apesar das mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo, as responsabilidades e funções fundamentais desempenhadas pela instituição familiar no processo de desenvolvimento psicológico de seus membros não experimentaram mudanças significativas. (PAYÀ, 2019; PRATTA; SANTOS, 2007).

Tanto a comunidade científica quanto o senso comum reconhecem a importância dessa instituição, que é o primeiro grupo social do qual o ser humano faz parte, sendo a primeira referência na sua formação e que tende a acompanhar o indivíduo em grande parte da sua vida (ACUÑA; LEMOS, 2020; CARDOSO E BAPTISTA, 2020). Quanto a isso, Baptista (2009, pg 15) cita estudo de Prociano e Heller (1983) ao afirmar que as relações familiares se caracterizam por serem duradouras e que a percepção que se tem da família aparenta ser bastante estável, não sofrendo muitas alterações com o passar do tempo. Cita também estudo de Bell e Bell (2005) ao falar dos impactos das relações familiares no desenvolvimento de características psicossociais de crianças e adolescentes, que reverberam inclusive, nas fases futuras da vida.

O convívio familiar é inerente à condição humana uma vez que o homem, desde que nasce, é o ser mais dependente do meio ambiente para sobreviver, se desenvolver e se integrar a sua comunidade, pois como ser complexo, precisa de cuidados e direcionamentos nos anos iniciais de sua vida. (ACUÑA; LEMOS, 2020). É no seio da família que surge o senso de pertencimento e o processo de conformação às exigências culturais acontece. Baptista, Soares e Grendene (2018) e Payà (2019) enfatizam que a família é um elemento de ligação fundamental entre o indivíduo e a coletividade, fonte de aprendizagem e transmissão de valores, regras e comportamentos, agente socializador, sendo o primeiro palco de interações sociais, em que os membros se “constroem” mutuamente.

Ao longo do seu ciclo vital, todo núcleo familiar é marcado por transformações em algum nível. Algumas previsíveis, como o início da vida a dois, o nascimento do primeiro filho,

a ida dos filhos para a escola, a adolescência, a saída dos filhos de casa e o processo de envelhecimento; outros, imprevisíveis, como desemprego, separações e divórcios, morte, acidente, mudança de cidade, doença, vícios, etc. Quando as famílias são submetidas a essas transformações, as relações familiares também são modificadas e elas são desafiadas a estabelecer novas regras de funcionamento, necessitando desenvolver novos recursos para atravessar esse momento, visto que surgem muitas tensões, dificuldades nas interações e conflitos (SILVA, 2018; PAGANI; MINOZZO; QUAGLIA, 2018).

Quando uma família é surpreendida com a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas por um de seus membros, esse uso problemático, de modo geral, é tido como um sério problema e acarreta danos tanto de ordem física como psíquica, provocando um profundo impacto sobre a família, afetando todo o grupo e sua dinâmica de funcionamento, gerando desequilíbrio em seu núcleo (SILVA, 2018; PAGANI; MINOZZO; QUAGLIA, 2018).

Payà (2019) afirma que há uma relação de interdependência entre paciente x problema x família. De acordo com a visão desta autora, o problema de uso ou dependência de alguma substância afeta a vida do usuário e sua família e o inverso também ocorre. A família também exerce influência no modo de agir e sentir do membro usuário, tendo o mesmo efeito para o problema. Essa visão destaca o núcleo familiar, ou as pessoas com vínculo afetivo significativo com o usuário, como parte importante do processo de mudança, reforçando a ideia de que a família pode representar fator de proteção ou risco para o uso de drogas.

Paganni, Minozzo e Quaglia (2018) observam um despreparo das famílias para lidar com a questão, o que pode, por exemplo, comprometer a recuperação do dependente químico. Numa pesquisa realizada por Ferreira et al. (2015) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e o Outras Drogas (CAPS ad) sobre fatores que, segundo a percepção da equipe de saúde interferem na adesão ao tratamento de dependência química, os resultados apontaram a família como um dos fatores extrínsecos ao paciente de maior relevância neste processo. Eles descreveram duas formas negativas de atuação da família durante o decorrer do tratamento: uma, quando a família superprotege e não responsabiliza o dependente químico pelos seus atos; outra, quando adota uma postura ausente ou hostil em relação a ele.

Percebe-se, diante disto, que é fundamental oferecer recursos para esse importante agente de cuidados, que neste contexto fica sobrecarregado e fragilizado, de forma que possa vir a ser um suporte eficaz. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi estabelecida com o objetivo de promover uma abordagem mais abrangente no cuidado em Saúde Mental e desafiando o modelo tradicional hospitalocêntrico e biomédico, levando em consideração a diversidade de níveis de complexidades presentes nos casos de saúde mental e buscando

promover a co-responsabilidade na prestação do cuidado. Esse modelo tem como diretriz o cuidado integral do indivíduo em nível do território, por meio de serviços substitutivos, tecendo com ele as possibilidades de intervenções de saúde. Nesta abordagem, a família assume importante papel, pois passa a ser inserida neste processo e é convocada a assumir responsabilidades e o compromisso em participar ativamente do tratamento desta pessoa (FORNERETO; SOUSA; MARTINI, 2023; SOARES, et al. 2021; SANTOS et al., 2016).

Para tanto, entendendo que durante o processo de cuidar as famílias também vivenciam sofrimento e enfrentam problemas que podem afetá-las de forma significativa, é de fundamental importância ofertar assistência e suporte psicossocial aos familiares. Portanto, o foco da atenção da equipe de saúde que atua nestes serviços substitutivos deve ser ampliado à família dos usuários, que deve ser entendida como elemento fundamental no contexto das práticas de assistência ao usuário (SOARES et al., 2021).

No que tange o cuidado ao usuário de substâncias psicoativas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enfoca a criação de ações relacionadas à reabilitação psicossocial dos usuários, bem como a promoção de cuidados aos familiares, estimulando-os para o compartilhamento de responsabilidades. Nesse cenário, acredita-se que as ações voltadas à família da pessoa com problemas decorrentes do uso de drogas devem ser pensadas de maneira a potencializar e favorecer a relação familiar/profissional/serviço, sendo o familiar entendido como um parceiro ímpar no processo do cuidado, uma vez que o acolhimento e estabelecimento de vínculo com os familiares desempenha um papel fundamental, servindo como mecanismo de apoio e estimulando melhores estratégias de enfrentamento do abuso de substâncias no ambiente familiar (BELOTTI, M.; FRAGA; BELOTTI, L., 2017; SOARES et al, 2021; PONTES et al, 2021).

Silva (2018) reitera que a Rede de Atenção Psicossocial, com seus dispositivos, vem buscando promover acesso e tratamento a seus usuários e que quando esta assistência pode contar com o protagonismo das famílias, a reinserção social do usuário e a promoção da saúde do núcleo familiar são favorecidas em todos os níveis do cotidiano da vida destes. Pontes et al (2021) afirmam que um dos desafios dos serviços especializados é ampliar o conhecimento das famílias quanto à terapêutica da dependência química, esclarecendo as particularidades e ampliando a compreensão e o interesse pelo tratamento para que possam motivar e apoiar a reabilitação do dependente químico. Os autores Braun, Zanon e Ralpern (2014) elencam como benefícios de uma família suportiva para usuários assistidos em serviços de saúde, a redução do uso da droga, diminuição do sofrimento da família e do usuário, melhorias no processo de cuidado do usuário, nas relações familiares e na qualidade de vida. Os usuários sentem-se mais

esperançosos e fortalecidos, na medida em que o isolamento social e familiar é atenuado, gerando efeitos positivos na sua atenção e cuidado.

Os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, devem desenvolver estratégias interventivas que possam incluir as famílias dos usuários, partindo do princípio que a família tem como função primordial a proteção de seus membros, sendo primeira potencial fonte de apoio social aos usuários de drogas (CAVAGGIONI; GOMES; REZENDE, 2017).

O apoio social, neste contexto, emerge como um fator determinante, pois pode afetar a saúde mental e física de várias maneiras, influenciando processos psicológicos e comportamentais. Sobretudo, o suporte familiar, que assim como família, é um construto de difícil de conceituar pois não há uma definição padronizada sobre os mesmos (ZHOU, 2023; BAPTISTA, 2009).

Entende-se por suporte familiar, especificamente, o apoio emocional e material, demonstrações de afeto, o incentivo à autonomia, a comunicação congruente e afetiva e o uso de regras e limites claros, que fornecem a percepção de ser amado, valorizado e compreendido (POZZOBON; MARIN, 2017)

O suporte familiar nasce do contato entre familiares, gerando bem-estar, estabilidade emocional, impactando de forma positiva os vínculos dos membros da família, proporcionando melhor qualidade de vida. Assim, benefícios são gerados tanto para o indivíduo que recebe o suporte familiar, quanto para o membro da família que oferece esse suporte. Também cria modelos de relações que são transmitidos a todos os familiares, de modo que estes possam desenvolver a capacidade de transpor obstáculos cotidianos, podendo ser considerado como amortecedor do efeito da ação de diversos estressores na vida dos indivíduos. (COSTA et al., 2016; BAPTISTA et al., 2020).

Neste mesmo sentido, Dorta, Pallini; Baptista, 2023 apontam para estudos que afirmam que a qualidade das relações engendradas no decorrer de vida dos indivíduos vai influenciar suas características pessoais. Segundo eles, vivenciar relações saudáveis, com suporte familiar efetivo, pode favorecer o desenvolvimento de uma personalidade mais resiliente e saudável, com um repertório de estratégias de enfrentamento mais adaptativas frente as situações desafiadoras da vida, com menor probabilidade de adoecimento mental (DORTA; PALLINI; BAPTISTA, 2023).

Importa ressaltar que o suporte familiar percebido deve ser diferenciado do suporte recebido, visto que a maneira como um indivíduo entende demonstrações de afeto, atenção, entre outras coisas, pode ser diferente da maneira como outro membro da família capta essa mesma demonstração. Assim, o suporte deve ser considerado como subjetivo, pois expressa-se

de maneiras diversas e depende também da percepção de cuidado daquele que o recebe (GUIDETTI; MARTINELLI, 2017; BAPTISTA et al., 2020).

A percepção de um suporte familiar satisfatório previne fatores relacionados a distúrbios afetivos; pode afetar de forma positiva o autoconceito do indivíduo, ou seja, suas crenças sobre si mesmo; intervém positivamente na autonomia e contentamento com a vida; e, reduz a possibilidade de comportamentos negativos perante situações de estresse. Também tem impactos na saúde física, inibindo o desenvolvimento de doenças, confortando e auxiliando na recuperação de enfermidade e impelindo o paciente a engajar-se em tratamentos (GONÇALVES; BAPTISTA; FARCAS, 2016; BASTOS et al, 2016; BAPTISTA et al., 2020).

Nesta perspectiva, percebe-se a importância do suporte familiar ante a complexidade de toda a problemática que o usuário de substâncias psicoativas e sua família enfrentam. Família esta que pode ser abalada em sua funcionalidade e desafiada pelos conflitos que surgem neste contexto, que afeta enquanto é afetada. Bastos et al (2016), afirmam que numa situação de estresse/crise, como é o caso de um adoecimento, o suporte familiar pode auxiliar na melhor compreensão da doença, redução de sentimentos que podem levar a comportamento de resistência ao tratamento, ao isolamento e à depressão, dentre outros. No contexto das drogas, ele se faz essencial para o processo de cuidado, no apoio a recaídas e abandonos, e principalmente no seguimento e manutenção da abstinência.

2.3 A INTERVENÇÃO BREVE NO CONTEXTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A Intervenção Breve (IB) é originária do Canadá, com Sanchez-Craig e colaboradores, em 1972, a princípio como proposta de abordagem terapêutica para usuários de álcool, sendo posteriormente, encontradas evidências de sua eficácia no tratamento de outras drogas. Utilizando-se de técnicas da Entrevista Motivacional (EM) e da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a IB tem como foco a mudança de comportamento do usuário de substâncias psicoativas em relação àquela usada com mais frequência e que lhe causa problemas (MICHELE; FORMIGONI; CARNEIRO, 2018; SILVA; MIGUEL, 2019).

O processo de realização da Intervenção Breve inicia-se com uma triagem, onde se faz um rastreamento (screening) dos padrões de consumo do usuário, por meio de instrumentos próprios. Na Atenção Primária, o Use Disorders. Identification Test (AUDIT) e o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) são os mais comumente usados,

por oferecerem um rastreamento sensível, além da simplicidade e rapidez da aplicação. Há consenso na literatura de que é necessário que as intervenções sejam personalizadas. A partir da identificação dos padrões de consumo e riscos associados, as metas devem ser estabelecidas individualmente, em conjunto com os pacientes, que uma vez envolvidos na escolha da droga que é mais preocupante para eles, que geralmente, é aquela que obteve maior pontuação no instrumento de triagem, poderão responder melhor à intervenção (MICHELE; CRUZ, 2018; SILVA; MIGUEL, 2019).

O elementos constituintes do processo de Intervenção Breve são representadas pelo acrônimo FRAMES, criado a partir das palavras em inglês: **F**eedback (devolutiva e esclarecimentos pertinentes quanto aos resultados da avaliação inicial do paciente a partir da triagem), **R**esponsibility (ênfata a autonomia e a responsabilização do paciente quanto às decisões relativas ao seu tratamento), **A**dvice (aconselhamento, recomendações e orientações claras, objetivas e isentas de juízo de valor moral que o profissional deve oferecer ao usuário), **M**enu of Option (alternativas de ações a serem implementadas e opções de tratamentos disponíveis), **E**mpathy (postura empática a ser adotada pelo profissional) e **S**elf-efficacy (foco no estímulo e promoção da confiança do paciente em seus próprios recursos para obtenção de sucesso no tratamento) (SILVA; MIGUEL, 2019).

De modo geral, a Intervenção Breve, está vinculada à prevenção secundária, que é aquela realizada quando o uso da droga já está estabelecido, identificando o padrão de uso de substâncias psicoativas, a fim de intervir para reduzir o consumo e mitigar os riscos de danos relacionados a elas. É, portanto, indicada para aqueles que fazem uso de risco ou nocivo de álcool e outras drogas, não consistindo em tratamento da dependência química, mas sendo, neste caso, uma ferramenta útil para o encaminhamento do dependente para serviços especializados, e apropriada para o acompanhamento desses usuários como forma de suporte e assistência para além do encaminhamento (ABREU et al. 2018; MICHELE; FORMIGONI; CARNEIRO, 2018; SILVA; MIGUEL, 2019).

Na Atenção Primária à Saúde (APS) a Intervenção Breve é altamente compatível com os princípios de trabalho do profissional que são: o foco na prevenção e promoção de saúde; a perspectiva da saúde ampliada com ênfase na saúde integral; trabalho com base na comunidade, que leva em conta as redes sociais dos usuários; além disso, é uma ferramenta de fácil aplicação, baixo custo e com possibilidade de uso interdisciplinar (MICHELE; CRUZ, 2018; RONZANI et al. 2018; SILVA; MIGUEL, 2019).

Ademais, entende-se que esses profissionais inseridos neste nível de atenção estão em posição estratégica para identificar pacientes cujo uso de substâncias é prejudicial ou de risco

para a saúde e bem-estar, já que a APS é porta de entrada desses usuários e que, além da dependência, diversos problemas de saúde são causados ou podem ser agravados pelo consumo nocivo das drogas. Sabe-se que cerca de 60 doenças crônicas e agudas associadas ao uso excessivo de álcool são recorrentes nos serviços de Atenção Básica à Saúde. Ademais, diversos problemas de ordem psicossocial que estão relacionadas ao uso de substâncias psicoativas são frequentemente apresentados pelos pacientes desses serviços, sendo portado o contexto mais indicado para atuar na identificação precoce e na realização das primeiras intervenções em relação ao uso abusivo (MICHELE; CRUZ, 2018; RONZANI et al., 2018).

Os dados do consumo no mundo atesta a necessidade de ações preventivas do uso problemático de substâncias psicoativas na atenção primária à saúde, o que tem despertado o interesse de forma crescente de pesquisadores e gestores de saúde para a adoção da Intervenção Breve em vários países. Porém a implementação desse tipo de intervenção na rotina dos serviços de atenção primária à saúde ainda representa um desafio. As estratégias de triagem e intervenções breves ainda são pouco estudadas no Brasil, principalmente no tocante a sua aplicação no atendimento primário e sua contribuição para o Sistema Único de Saúde (ZERBETTO, S.R; FURINO, V. O.; FURINO, F. O, 2017).

Contudo, Silva Filho et al (2023) destacam a atratividade de seu custo-benefício e a facilidade de implementação, como fatores que contribuem para sua adoção em larga escala, sendo considerada promissora no Brasil, podendo suas técnicas serem implementadas em distintos cenários, desde a Atenção Primária à Saúde, permeando-se até os serviços de maior complexidade, como os de emergência.

O serviço onde irá se dar a pesquisa tem características da atenção primária sendo, portanto, um lócus de suma importância para utilização desta ferramenta como disparadora de processos interventivos e organizacionais.

2.4 REFERENCIAL TEÓRICO: O PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN.

Adotar uma teoria que seja capaz de abarcar a vasta gama de dados, perspectivas e conflitos que permeiam as relações entre a família, o usuário de SPA e a Assistência à Saúde representa um desafio ante a multiplicidade de fatores envolvidos em cada dessas questões. Nesse contexto, a teoria da complexidade de Edgard Morin se destaca como um referencial teórico justificável e apropriado, pois oferece um arcabouço conceitual que permite lidar de maneira mais eficaz com a intrincada teia de fatores e interações que caracterizam essa problemática. Portanto, para pensar e discutir a temática dessa pesquisa foi utilizado como

referencial teórico o Pensamento Complexo de Morin, enfocando três princípios trazidos pelo autor: dialógico, recursivo e hologramático e, ainda, as noções de autonomia e auto-organização.

Sobre o conceito de complexidade Morin (2015, pág. 13) afirma que:

(...) a um primeiro olhar, a complexidade é um tecido (complexus: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico (...).

Portanto, o conceito de complexidade, conforme delineado por Edgar Morin, estabelece que a complexidade é uma organização intrincada, um enredamento de elementos heterogêneos que estão indissociavelmente interligados. Esta perspectiva abre espaço para o entendimento das inter-relações paradoxais entre a unidade e a multiplicidade, ou seja, coisas diferentes, estão unidas de maneira imprevisível e, às vezes, contraditórias. No âmbito da problemática da dependência química pode-se dizer que a complexidade se revela na interconexão de fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, uma vez que ela pode ser compreendida como o resultado da interação de múltiplos fatores entre determinantes biológicos, psicológicos, sociais e culturais (CORDEIRO, 2019).

A complexidade pode ser verificada, também, no campo da prestação de assistência à saúde ao dependente de substâncias químicas, que devem reconhecer que o tratamento não pode ser abordado de maneira fragmentada, e sim de forma interdisciplinar e holística para abranger tanto os aspectos físicos quanto os emocionais e socioeconômicos da recuperação, uma vez que a dependência química é um problema multidimensional que demanda conexão de saberes. Entretanto, o paciente precisa, além do tratamento ofertado pela equipe de saúde, de suporte social e familiar, os quais serão, muitas vezes, conquistados em conjunto com o tratamento. (PILLON; PEGORARO; SANTOS, 2019). Portanto, o conceito de complexidade de Morin revela-se aplicável e útil para a compreensão das interações da intrincada rede de relações e influências entre a problemática do dependente químico, sua percepção sobre o suporte familiar e a assistência à saúde.

Um outro aspecto importante que Morin (2015) destaca em seu pensamento é a de que a complexidade não se refere apenas a quantidade das interações e interferências entre os sistemas envolvidos, mas ela abrange também as incertezas e acasos inerentes aos fenômenos.

Edgar Morin (2015) postula três princípios que, segundo ele, podem favorecer a

compreensão da complexidade, a saber:

1- O princípio dialógico une dois princípios ou conceitos que normalmente seriam considerados mutuamente opostos, antagônicos, mas que são inseparáveis dentro da mesma realidade. Princípios que, nas palavras de Morin, “(...) são necessários um ao outro. (...) são complementares, mas também antagônicos”(pág. 73). Segundo ele, pode-se conceber uma dinâmica dialógica entre ordem e desordem que, apesar de opostos, podem ao mesmo tempo, produzir organização e complexidade. Pode-se perceber esse processo de ordem/desordem gerando uma nova organização, quando as famílias se deparam com o uso problemático de SPA’s por um de seus membros. Com suas rotinas impactadas, a dinâmica e as relações familiares modificadas, elas são impelidas a estabelecer novas formas de funcionamento para o enfrentamento da situação. Isto está de acordo com o que já foi explanado anteriormente, sobre como as famílias são desafiadas a desenvolver novos recursos para atravessar momentos de desequilíbrio ou desordem em seu núcleo devido a transformações, que são inerentes à vida familiar, sobretudo, no caso de dependência química, quando as tensões e dificuldades nas interações criam uma realidade conflituosa (SILVA, 2018; PAGANI; MINOZZO; QUAGLIA, 2018).

2- O princípio recursivo contraria a ideia linear de causa e efeito. “É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produzem” (Morin, 2003; pág.94). Para ilustrar, o autor usa a dinâmica de interconexão existente entre indivíduo e sociedade, onde ambos se moldam mutuamente ao longo do tempo, em que as pessoas, em suas interações e por meio delas, dão origem à sociedade, enquanto essa sociedade, à medida que se desenvolve, influencia a essência desses indivíduos, oferecendo-lhes linguagem e cultura. Ou seja, segundo o princípio recursivo de Morin, há um espiral contínuo de interações e influências mútuas nos sistemas complexos. Isso significa que os elementos dentro de um sistema afetam uns aos outros e, por sua vez, são afetados por eles em uma relação de retroalimentação constante.

Aplicando esse princípio à relação entre o paciente, o problema de uso de substâncias e a família, podemos entender que esses três elementos estão interligados em uma rede de influência contínua, uma vez que, de acordo com Payà (2019), o usuário de substâncias afeta a família com seu comportamento e dependência, e, por sua vez, a forma como a família responde a isso pode influenciar o problema. Essa relação recursiva pode ser vista como um ciclo em constante movimento, onde cada elemento está interconectado e influencia os outros. O usuário afeta a família, a família afeta o usuário, e o problema do uso de substâncias está no centro dessas interações, criando uma teia complexa de influências que se alimentam mutuamente.

Portanto, o princípio recursivo da teoria da complexidade de Morin ajuda a compreender essa dinâmica ao reconhecer que não existe uma única causa e efeito, mas sim uma interação constante e recorrente entre os elementos do sistema, tornando a relação entre o paciente, o problema de uso de substâncias e a família altamente complexa e interdependente.

3- O princípio hologramático enfatiza a ideia de que o “todo” está refletido em cada uma das partes que o compõe. Ou seja, não só as partes estão contidas no todo, mas o todo também está contido nas partes, como uma célula que compõe um organismo completo. Ao mesmo tempo todas as informações genéticas estão contidas em cada célula. Da mesma forma, a sociedade se faz presente em cada indivíduo por meio de elementos como linguagem, cultura e normas. Esse princípio transcende tanto a abordagem reducionista, que se concentra exclusivamente nas partes, quanto o holismo, que foca somente no todo. Ele reconhece a complexidade da relação entre as partes individuais e o sistema completo. (MORIM, 2003; 2015).

Este princípio faz lembrar que a complexidade da dependência química não pode ser compreendida isoladamente. Camargo et al. afirma que (2022) que as políticas públicas muitas vezes não são capazes de lidar com a complexidade das pessoas que usam drogas e estão em situação de vulnerabilidade social, onde seus direitos como cidadãos estão enfraquecidos. Eles destacam que é preciso levar em consideração a vulnerabilidade social, o que significa olhar para diversos fatores individuais, coletivos e contextuais que tornam essas pessoas mais suscetíveis a doenças, violência e ao uso problemático de drogas.

A análise dos determinantes sociais da saúde, como moradia, alimentação, educação, renda e emprego, é essencial para compreender a influência desses fatores na saúde dos indivíduos que enfrentam a dependência de substâncias. Portanto, para Camargo et al (2022) as políticas públicas devem ter caráter intersetorial e interdisciplinar, levando em conta a complexidade das pessoas que usam drogas e estão em vulnerabilidade social. A abordagem da dependência química deve considerar os aspectos individuais, coletivos e contextuais que afetam o problema, o que está de acordo com o princípio hologramático do Pensamento Complexo de Morin.

A dependência química não é um problema apenas do indivíduo, mas está enraizada na sociedade e nas condições em que as pessoas vivem e interagem. Isso significa que, ao abordar a problemática da dependência química, é importante considerar não apenas os aspectos individuais dos usuários de substâncias, mas também reconhecer que a sociedade como um todo está presente em cada indivíduo. Ao tratar a dependência química, é essencial considerar não somente o usuário de substâncias, mas também como a sociedade em que ele está inserido

influencia seu comportamento e experiências.

Já a noção de autonomia está intrinsicamente relacionado à ideia de auto-organização/ auto-eco-organização. De acordo com Morin (2003; 2015), todas as entidades, individuais ou societárias, têm a capacidade intrínseca de se organizarem espontaneamente, a partir das interações entre suas partes constituintes e o meio em que estão inseridos. Em outras palavras, os sistemas complexos estão aptos a se estruturarem e se adaptarem de forma autônoma. Essa autonomia, segundo ele afirma, não se trata de uma liberdade absoluta, desvinculada de dependências, mas ao contrário, é uma autonomia que “se alimenta de dependências” (Morin, 2015, p. 66) pois se desenvolve em função do ambiente ao seu redor, seja ele biológico, cultural ou social. Um ser vivo, por exemplo, para preservar sua autonomia, precisa investir energia, trabalhar, ao passo que, para isso, necessita obter recursos energéticos do seu meio ambiente, do qual é dependente. Portanto é uma autonomia que se fundamenta na interdependência com meio ambiente e por isso são entendidos como auto-ecoorganizadores. Portanto, o conceito de autonomia proposto por este autor, o torna complementar ao de dependência, ao mesmo tempo que antagônico. Para Morin, a autonomia se estabelece em termos relacionais e relativos, nunca absoluto, não estando portanto vinculado ao conceito de autossuficiência. No contexto da assistência ao usuário de SPA's por exemplo, o processo de construção da autonomia e empoderamento do paciente frente ao seu tratamento implica em co-responsabilização da partes, sendo cada uma dependente dos recursos ofertados pela outra.

Analisando especificamente as equipes interdisciplinares como entidades complexas, estas dependem de recursos financeiros e serviços de apoio para desempenharem suas atividades de maneira autônoma, dependem, portanto, da legitimação de suas práticas pela organização na qual estão inseridas (PILLON; PEGORARO; SANTOS, 2019).

A teoria da complexidade não pretende alcançar todas as informações sobre um fenômeno, pois complexidade, segundo Morin (2015) é diferente de completude e toda realidade tem caráter multidimensional, sendo que cada dimensão é afetada pelas outras, não sendo possível escapar da incerteza, nem alcançar um saber total.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva.

Estudos transversais são aqueles em que as mensurações são feitas num único momento do tempo, sendo úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição, que possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse. E descritivo é aquele que objetiva delinear ou analisar características de fatos ou fenômenos de determinada população. (LOPES, 2017).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

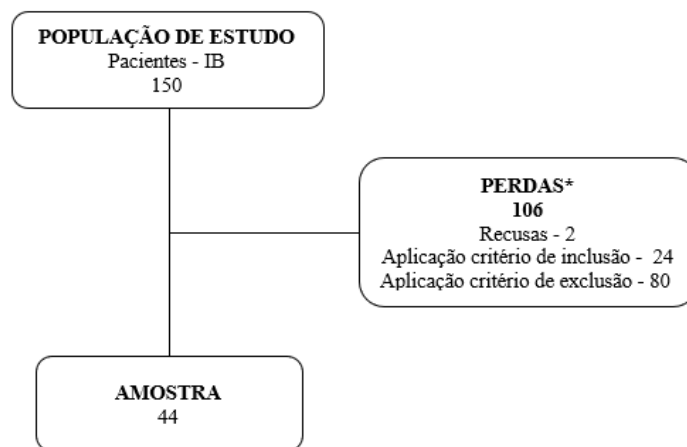
A pesquisa foi realizada no Núcleo de Atenção à Pessoas com Problemas Relacionados ao Álcool e outras Drogas (UNIPRAD) situado no HESFA - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, que integra o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro - CH-UFRJ e se caracteriza como órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde - CCS. O HESFA tem como missão atender demandas da Atenção Básica de Saúde (ABS), Atenção Secundária à Saúde (ASS), dos Programas de Saúde da Família (PSF) prestando, simultaneamente, ações e serviços de saúde em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS, atividades de ensino, pesquisa e extensão, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, realizando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos principais problemas de saúde da população. Está localizado no Bairro Cidade Nova, na Zona Central do município do Rio de Janeiro que compõe a AP1 (área de planejamento de saúde). A UNIPRAD desenvolve um trabalho que contempla não somente a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, como também aos seus familiares por meio de uma equipe interdisciplinar, composta por assistentes sociais, enfermeiros, psicólogo e psiquiatra. O serviço atende de 2ª a 6ª feira, das 08:00 às 17:00 horas, oferecendo atendimentos individuais e em grupos para familiares e usuários, que chegam ali por encaminhamento ou demanda espontânea. Entre os critérios para atendimento, os pacientes devem ser vinculados à área programática 1 (AP 1) e não apresentar comorbidades psiquiátricas que indiquem tratamentos nos CAPS e CAPSAD (HESFA - Hospital Escola São Francisco de Assis - Núcleo de Atenção às Pessoas Com Problemas de Álcool e Outras Drogas”, [s.d.]). Devido a essas características esse local foi escolhido para desenvolver o atual estudo.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de referência desse estudo foi composta por indivíduos cadastrados e atendidos na Unidade de pacientes com problemas relacionados ao álcool e outras drogas – UNIPRAD (HESFA/UFRJ) durante o período de 2020 a julho 2023, totalizando aproximadamente 450 indivíduos.

Destes, foram selecionados para o estudo, aqueles advindos da consulta do enfermeiro, utilizando o Protocolo da Intervenção Breve¹ no referido setor, perfazendo um total de 150 potenciais participantes da pesquisa. O objetivo inicial era a realização de um censo com essa população. Entretanto, limitações próprias do cenário da pesquisa impossibilitaram a captação de todos. Importa ressaltar que, visto que os anos de 2020 e 2021 corresponderam ao período de baixo ou ausência de atendimento no serviço, motivado pelo protocolo de afastamento pelo cumprimento das medidas sanitárias impostas na pandemia da COVID 19, muitos usuários não retornaram ao serviço de saúde. O período de coleta de dados se deu entre agosto de 2022 a julho de 2023. As perdas foram de (n = 106), e se deram por recusas e ou não atenderem aos critérios de inclusão. Por fim, a amostra do estudo contou com 44 participantes, conforme descrito no fluxograma abaixo (FIGURA 1).

Figura 1 – Fluxograma da População de Estudo



Fonte: autoria própria

*Durante 2020 e 2021, devido às medidas sanitárias da pandemia de COVID-19, houve um período com pouco ou nenhum atendimento nos serviços. Muitos usuários não voltaram após o afastamento.

¹ Adota técnicas da Entrevista Motivacional e da Teoria Cognitivo Comportamental, numa abordagem individual e presencial, utilizando o ASSIST como instrumento de rastreio e o FRAMES como orientador do processo interventivo.

3.3.1 Critérios de inclusão

Usuários de 18 a 57 anos que estivessem cadastrados no serviço, proveniente da consulta de enfermagem no protocolo da IB, com no mínimo 3 consultas. A faixa etária estabelecida se justifica por estar entre a idade mínima de admissão no serviço de saúde em que se deu o estudo e a máxima de idade para a qual o IPSF foi normatizado.

3.3.2 Critérios de exclusão:

Pacientes com dificuldades cognitivas para responder o inventário; sem retorno a equipe de tratamento da Uniprad, por pelo menos 6 meses, considerado como abandono de tratamento.

3.4 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética foi solicitada e agendada uma reunião com a coordenação do serviço para explicação da pesquisa e organização do cronograma de aplicação dos instrumentos, de modo que não interferiu na rotina do serviço e profissionais da equipe.

Posteriormente os participantes foram convidados individualmente a participar do estudo pela própria pesquisadora.

A coleta de dados se deu pela pesquisadora em três dias da semana, com pacientes previamente agendados no serviço. Os usuários participantes foram entrevistados em salas reservadas, que ofereciam privacidade, onde receberam as demais informações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre-esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os dados foram obtidos a partir do questionário Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (ANEXO A); consulta aos prontuários - quadro de consumo das substâncias psicoativas utilizadas pelos participantes (dado secundário) (ANEXO B); questionário do perfil sociodemográfico (APÊNDICE B) e do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (ANEXO C). Estes dois últimos foram aplicados em entrevista com o paciente, pela própria pesquisadora, que esteve disponível em todo tempo, para qualquer suporte ou orientações que fossem necessárias, tendo essa etapa um tempo de duração média de 40 minutos.

3.4.1 Instrumentos

Sobre os instrumentos utilizados:

- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): instrumento desenvolvido em 1997, por um grupo internacional de pesquisadores de nove centros especializados na área com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem como objetivo a detecção de uso abusivo ou dependência de substâncias, recomendado para ser utilizado em ambientes de assistência primária à saúde e adaptável a diferentes culturas, em diversos países (HUMENIUK et al., 2010). Foi adaptado e validado no Brasil por Henrique et al.(2004).

Trata-se de um questionário estruturado com oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos), devendo ser aplicado por um entrevistador. Aborda a frequência de uso (na vida e nos últimos três meses), problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Os pontos das respostas do ASSIST variam de 0 a 8, podendo a soma total variar de 0 a 39. O somatório final dos escores das respostas classifica o uso de cada substância como de baixo (0 - 10 para álcool; 0 - 3 para outras drogas), moderado (11 - 26 para álcool; 4 - 26 para outras drogas) ou alto risco (≥ 27) (HUMENIUK et al., 2010).

- Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (ANEXO C): Trata-se de um inventário desenvolvido e validado no Brasil (BAPTISTA, 2005; BAPTISTA, 2007; BAPTISTA, 2009), com parecer favorável pelo SATEPSI (Sistema de avaliação de Testes Psicológicos), restrito a psicólogos regularmente inscritos no Conselho Regional de Psicologia (CRP) que, desde sua publicação, tem apresentado índices psicométricos adequados. Este instrumento visa avaliar a forma como o indivíduo enxerga seu suporte familiar, proveniente de sua família nuclear (a de origem) ou da família constituída, conforme o caso. É composto por 42 itens em escala likert com as seguintes opções de respostas e respectivas pontuações: quase nunca ou nunca – 0 (zero) pontos; às vezes – 1 (um) ponto, e quase sempre ou sempre – 2 (dois) pontos. Portanto, a pontuação total do inventário pode variar de 0 a 84 pontos.

É composto de 3 fatores nomeados e distribuídos da seguinte forma:

- Fator 1 - Afetivo-Consistente - engloba 21 itens que evidenciam as relações

afetivas positivas, como o interesse pelo outro, proximidade, comunicação, respeito, interação, clareza nas regras da família, entre outros. Os itens do inventário correspondentes a esse fator são:

Quadro 1 - Itens referentes Fator afetivo-consistente (F1)

Item	Afirmações
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.
03	Há regras sobre diversas situações em minha família.
04	Meus familiares me elogiam.
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.
11	Minha família discute seus medos e preocupações.
15	As pessoas da minha família gostam de passar tempo juntas.
17	Minha família discute junto antes de tomar decisões importantes.
22	Na solução de problemas a opinião de todos é levada em consideração.
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam.
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.
26	Minha família me faz sentir melhor quando estou aborrecido (a).
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado, buscando o bem-estar de cada um.
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.
35	Em minha família demonstramos carinho por meio de palavras.
37	Os membros da minha família expressam interesse uns com os outros.
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do IPSF, (2023)

- Fator 2 - Adaptação Familiar - com 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família, também incluídas agressões físicas ou verbais e competição entre os membros (este fator será pontuado inversamente); cujos itens do inventário são:

Quadro 2 - Itens referentes ao Fator Adaptação Familiar (F2)

Item	Afirmações
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais que as outras famílias.
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.
07	Eu sinto raiva de minha família.
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.

13	Eu me sinto como um estranho na minha família.
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.
20	Há ódio em minha família.
21	Eu sinto que minha família não me compreende.
27	Viver com minha família é desagradável.
32	Em minha família há competitividade entre os membros.
33	Eu sinto vergonha da minha família.
36	Minha família me irrita.
39	Eu me sinto excluído da família.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do IPSF, (2023).

- Fator 3 - Autonomia Familiar - com 8 itens, que demonstram a confiança, privacidade e liberdade dos membros da família, entre outros quesitos. Os itens do inventário correspondentes a esse fator são:

Quadro 3 – Itens referentes ao Fator Autonomia (F3)

Item	Afirmções
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.
18	Em minha família há privacidade.
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que eu gosto de fazer.
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.

Fonte: Elaborado pela autora a partir do IPSF, (2023).

A pontuação bruta obtida pelo respondente em cada fator e na totalidade do instrumento serve como medida para a interpretação dos resultados segundo o seguinte critério: quanto maior a pontuação, melhor a percepção do suporte familiar (BAPTISTA, 2009). Essa pontuação é classificada conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Apresentação de medidas para interpretação dos resultados, por meio da pontuação bruta por fator e total

CLASSIFICAÇÃO	Fator 1	Fator 2	Fator 3	TOTAL
Baixo	0-21	0 - 18	0-9	0-53
Médio Baixo	22-28	19-21	10-12	54-63
Médio Alto	29-33	22-23	13-14	64-70
Alto	34-42	24-26	15-16	71-84

Fonte: Baptista (2009) (adaptado)

Trata-se de um instrumento autoaplicável, podendo ser também aplicado pelo

pesquisador.

3.4.2 Variáveis de estudo

As variáveis selecionadas na pesquisa para análise foram as seguintes:

-Variáveis de Exposição: Dados sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, situação de trabalho, renda atual, com quem reside, drogas utilizadas (tabaco, álcool, maconha, cocaína) e Percepção do Suporte Familiar

-Variáveis de Desfecho: Redução do Consumo de drogas

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente os dados foram tabulados em uma planilha de Excel, e depois exportados para o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 23. Após, os sociodemográficos foram analisados e receberam tratamento estatístico por meio de análise univariada a partir da estatística descritiva, com valores brutos e percentuais

Para a análise bivariada, algumas das variáveis selecionadas foram, posteriormente, recategorizadas da seguinte forma:

- Faixa etária: foi categorizada em “**de 18 a 39 anos**”, que abrange os jovens adultos e “**de 40 a 57**”, abrangendo os adultos de meia-idade; de acordo com a ciência do Desenvolvimento Humano (PAPALIA; MARTORELL, 2022).
- Sexo: em “**masculino**” e “**feminino**”;
- Situação conjugal: categorizada a partir da variável “Estado civil” em “**com parceiro**” (“casados”) e “**sem parceiro**” (“desquitado”, “divorciado”, “viúvo” e “solteiro”);
- Escolaridade: foi categorizada em “**Até ensino médio**” (agrupando os níveis “nunca estudei”, “ensino fundamental incompleto”, “ensino fundamental completo”, “ensino médio incompleto”, “ensino médio completo”, “ensino superior incompleto” e “**ensino superior ou pós**” (“ensino superior completo” e “pós graduação”);
- Renda familiar: dividida nas categorias “**até 3 salários-mínimos**” (“sem renda”, “menos de 1 salário-mínimo”; “de 1 a 3 salários-mínimos”) e “**4 salários-mínimos ou mais**” (“de 4 a 6 salários-mínimos”, “de 7 a 9 salários-mínimos” e “10 salários-mínimos ou mais”);

- Situação de trabalho: foi categorizada em “**trabalha**” (agrupando as variáveis “trabalho regular, trabalho irregular/bicos) e “**não trabalha**” (agrupando as variáveis “fora do mercado de trabalho”, “desempregado”, “aposentado”);
- Religião: foi agrupada em: “**com religião**” (“católica”, “Evangélica”, “espírita”, “afrodescendente”, “oriental/budismo”, “outras”) e “**sem religião**”

Já a redução do consumo, que se refere à abstinência ou redução da frequência e/ou quantidade da substância em relação ao uso inicial, foi categorizada de forma dicotômica (“**diminuiu o consumo**” e “**não diminuiu o consumo**”), baseado na verificação do rastreo das drogas e o padrão de consumo estabelecidos pelo ASSIST e/ou quadro de consumo anexado no prontuário. A posteriori, para análise adicional, considerou-se a Abstinência como variável, categorizada como “**sim**” ou “**não**”.

Ainda para a análise bivariada, a percepção de suporte familiar foi recategorizado como “**baixo**” (“baixo” e “médio-baixo”) e “**alto**” (“médio-alto” e “alto”).

As drogas de consumo e redução destas, foram analisadas por frequência absoluta e relativa, todos estes apresentados em forma de tabelas.

Os dados relacionados ao Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) foram analisados por meio de verificação da Média, Mediana e Desvio Padrão. Além disso, foi feita a avaliação da consistência interna por meio do Alpha de Cronbach (STREINER; NORMAN, 1998). Para avaliação do nível de estabilidade das respostas adotaram-se critérios sugeridos por Landis & Koch (1977): abaixo de zero = pobre; 0 a 0,20 = fraca; 0,21 a 0,40 = provável; 0,41 a 0,60 = moderada; 0,61 a 0,80 = substancial e 0,81 a 1,00 = quase perfeita. Para análise das associações, optou-se pelo teste do qui quadrado de Person ou teste de Exato de Fisher caso o pressuposto do qui-quadrado não fosse atendido devido ao não cumprimento do requisito mínimo de observações necessárias em alguma célula da tabela de contingência. Foi estabelecido o nível de significância de 5%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o parecer nº 5.521.454, de 11 de julho 2022, de acordo com os dispositivos das Resoluções Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Nº 580, de 22 de março de 2018, do Conselho

Nacional de Saúde.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A pesquisadora esteve disponível para esclarecimento de quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa, para ofertar suporte ou acionar apoio necessário para enfrentamento dos problemas que porventura se apresentassem. A fim de evitar exposição e constrangimentos aos participantes, os dados foram coletados individualmente em sala reservada. Todos os participantes foram informados quanto a possibilidade de parar a pesquisa e suspender sua participação caso não quisessem dar continuidade, sem qualquer prejuízo ao seu tratamento.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados está dividida em duas partes. A primeira é referente às análises univariadas, onde são descritos os dados sociodemográficos, as principais drogas de uso da amostra estudada, os dados relativos à percepção do suporte familiar e à redução do consumo pela aplicação da Intervenção Breve. E a segunda contempla as análises bivariadas entre os dados sociodemográficos e à Percepção do Suporte Familiar, bem como desta com o resultado da Intervenção Breve.

4.1 ANÁLISES UNIVARIADAS

- **Dados sociodemográfico e familiares**

A partir dos dados expostos na tabela 1, observa-se que entre os 44 participantes, 84,1% têm idade superior a 40 anos, com predomínio de indivíduos do sexo masculino, que se auto identificam como pardos (43,2%), sendo a maioria solteiros (54,5%). No tocante à religião, 84,1% afirmam ter uma crença religiosa com predomínio dos adeptos do catolicismo (38,6%). Em relação à escolaridade, verificou-se que 34,1% dos participantes não concluíram o Ensino Fundamental. Nota-se a predominância do desemprego (43,2%) entre os entrevistados, seguido de situação de trabalho irregular (31,8%). Além disso, a principal fonte de renda de 54,4% deles é proveniente de benefícios sociais.

A maior parte do grupo não compartilha a residência com familiares (45,4%). Entre os demais predominam os que vivem com a mãe (18,2%) e cônjuge (20,5%). Ao serem questionados sobre a fonte de apoio para o tratamento, 47,7% dos participantes afirmam receber ajuda proveniente de sua família nuclear (composta por pais e irmãos) ou da família constituída, (formada por cônjuge e filhos). Um total de 18,2% mencionou amigos ou membros da família ampliada (como tios, sobrinhos e primos) como fonte de apoio. Por outro lado, 34,1% dos participantes afirmam não receber nenhum tipo de ajuda. Entretanto, 88,6% deles entendem o Suporte Familiar como um fator importante.

Tabela 1: Descrição das características sociodemográficas dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)

Características	n	%	Características	n	%
Faixa etária			Escolaridade		
18 a 28	2	4,5	Analfabeto	0	0
29 a 39	5	11,4	Fund. Incompleto	15	34,1
40 anos a mais	37	84,1	Fund. Completo	5	11,4
Sexo			Médio Incompleto	5	11,4
Masculino	40	90,9	Médio Completo	11	25,0
Feminino	4	9,1	Superior Incompleto	5	11,4
Raça/cor			Superior Completo	2	4,5
Branca	11	25,9	Pós-graduação	1	2,3
Preta	14	31,8	Renda Familiar		
Parda	19	43,2	Menos 1 SM*	16	36,4
Estado Civil			1 a 3 SM	22	50,0
Casado/união estável	11	25,0	4 a 6 SM	3	6,8
Desquitado	1	2,3	7 a 9 SM	1	2,3
Divorciado	7	15,9	Principal Renda**		
Viúvo	1	2,3	Trabalho Formal	12	27,3
Solteiro	24	54,5	Trabalho Informal	2	4,5
Nº Filhos			Benefícios sociais	24	54,5
Nenhum filho	13	29,5	Ajuda familiares	5	11,4
01 filho	10	22,7	Doações	1	2,3
02	10	22,7	Reside com quem**		
03 filhos	4	9,1	Mãe	8	18,2
04 ou mais filhos	7	15,9	Irmãos	3	6,8
Religião			Sobrinhos	1	2,3
Não tem	7	15,9	Cônjuge	9	20,5
Católica	17	38,6	Sozinho	20	45,4
Evangélica/protestante	12	27,3	Filhos	3	6,8
Espírita	4	9,1	Outros	10	45,5
Afrodescendente	2	4,5	Grupo ocupacional		
Oriental/budismo	2	4,5	Serv. Ger/ segurança	8	18,2
Tipo de Residência			Saúde e cuidados	2	4,5
Imóvel próprio	16	36,4	Manuais/técnicas	14	31,5
Imóvel alugado	16	36,4	Eventos e vendas	5	11,4
Imóvel emprestado	3	6,8	Educação	1	2,3
Abrigos	5	11,4	Transporte	4	9,1
Situação de rua	4	9,1	Outros	10	22,7
Situação de trabalho			Ajuda no tratamento**		
Desempregado	19	43,2	Família nuclear/constituída	21	47,7
Trabalho Regular	09	20,5	Família estendida/outros	08	18,2
Trabalho Irregular	14	31,8	Não recebe nenhuma ajuda	15	34,1
Aposentado	2	4,5	Importância SF		
			Sim	39	88,6
			Não	5	11,4

Fonte: Dados da pesquisa.

*Salário-mínimo, na ocasião da coleta de dados (R\$1.212,00)

** o total dos valores absolutos e relativos excedeu ao do total de participantes devido à natureza da pergunta que permitia respostas múltiplas.

- **Dados relativos ao consumo das substâncias**

Constata-se, pela tabela 2, que o consumo de álcool é prevalente entre os entrevistados (79,5%), seguido da cocaína ou crack (68,3%). A terceira substância mais consumida, neste grupo, é o tabaco (36,3%) e na sequência, encontra-se a maconha (27,3%).

Tabela 2: Descrição das principais drogas de uso dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)

Drogas de uso	n	%
Derivados do tabaco	16	36,3
Bebidas alcoólicas	35	79,5
Maconha	12	27,3
Cocaína/crack	30	68,3
Anfetamina ou êxtase	01	2,3
Hipnóticos ou sedativos	02	4,5

Fonte: Dados da pesquisa.

** o total dos valores absolutos e relativos excedeu ao do total de participantes devido ao fato de a maioria de declarar usuário de múltiplas substâncias.

- **Dados relativos à Redução do Consumo**

Os dados coletados indicam que, dos 35 participantes usuários de álcool envolvidos no estudo, 29 indivíduos (82,9%) conseguiram reduzir o consumo de bebidas alcoólicas a partir da aplicação da Intervenção Breve. Entre as ilícitas, 93,3% dos 30 pacientes usuários de cocaína e/ou crack que compõem essa amostra conseguiram reduzir seu consumo (TABELA 3).

Tabela 3: Descrição da redução do consumo* de drogas lícitas e ilícitas pela aplicação da Intervenção Breve, nos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44)

Variáveis	Redução do consumo	
	n	%
Drogas Lícitas		
Derivados do tabaco		
Reduziram consumo	12	75,0
Não reduziram consumo	4	25,0
Bebidas alcoólicas		
Reduziram consumo	29	82,9
Não reduziram consumo	6	17,1
Drogas Ilícitas		
Maconha		
Reduziram consumo	9	75,0

Não reduziram consumo	3	25,0
Cocaína/crack		
Reduziram consumo	28	93,3
Não reduziram consumo	2	6,7

Fonte: Dados da pesquisa

*Redução do consumo: Se refere à abstinência ou redução da frequência e/ou quantidade da substância em relação ao uso inicial.

No que diz respeito à redução de pelo menos uma das drogas de consumo, conforme se vê na tabela 4, houve uma redução na proporção de 95,5% entre os entrevistados.

Tabela 4: Descrição da redução do consumo de pelo menos uma droga mediante a aplicação da Intervenção Breve, nos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44)

Efeito da Intervenção Breve	n	%
Reduziram consumo	42	95,5
Não Reduziram consumo	2	4,5

Fonte: Dados da pesquisa

- **Dados relativos à percepção do suporte familiar**

Verifica-se nas tabelas 5, 6 e 7, a distribuição das frequências de respostas aos itens do Inventário de Percepção de Suporte Familiar². Observa-se na tabela 5, que descreve a frequência de respostas aos itens do Fator Afetivo-Consistente do IPSF, uma concordância no item “*cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas*”, onde 72,7% dos 44 entrevistados responderam com *Quase sempre ou sempre*; enquanto só 4,5% deles afirmaram que “*quase nunca ou nunca*” identificam essa característica em sua família. Já no item “*Minha família me proporciona muito conforto emocional*” há uma maior variação de respostas, prevalecendo a percepção de que “*quase nunca ou nunca*” (40,9%) isso ocorre, enquanto 31,8% afirmam que isso só ocorre ocasionalmente e os demais (27,2%) identificam a oferta de conforto emocional por parte da família.

² O objetivo dessa abordagem dos dados é oferecer uma compreensão rápida e concisa das distribuições de respostas, buscando identificar padrões ou tendências gerais em relação aos itens avaliados. Ao analisar essas frequências, é possível comparar rapidamente as respostas em diferentes itens ou afirmações. Isso pode revelar insights sobre áreas específicas em que as opiniões são mais uniformes ou divergentes, identificando o grau de concordância ou discordância em relação a um determinado item. Importa ressaltar que a análise descritiva das frequências de respostas aos itens não captura a variação e a heterogeneidade nas opiniões dos respondentes e não fornece informações contextuais sobre as respostas. Além disso, as respostas “às vezes” podem refletir que a experiência varia de acordo com diferentes momentos, circunstâncias ou pessoas envolvidas.

Tabela 5: Descrição das frequência de respostas aos itens do fator 1 (Afetivo-Consistente) do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)

ITENS	Quase nunca ou nunca	Às vezes	Quase sempre ou sempre
	n (%)	n (%)	n (%)
	Seguem as regras estabelecidas	10 (22,7)	09 (20,5)
Há regras sobre diversas situações	12 (27,3)	10 (22,7)	22 (50,0)
Meus familiares me elogiam	10 (22,7)	20 (45,5)	14 (31,8)
Têm deveres/responsabilidades específicas	02 (4,5)	10 (22,7)	32 (72,7)
Expressam pensamentos e emoções entre si	11 (25,0)	09 (20,5)	24 (54,5)
Minha família discute seus medos e preocupações	15 (34,1)	11 (25,0)	18 (40,9)
Gostam de passar tempo juntas.	10 (22,7)	11 (25,0)	23 (52,3)
Discutem juntos antes de tomar decisões importantes.	17 (38,6)	08 (18,2)	19 (43,2)
Opinião de todos é considerada (solução de problemas)	14 (31,8)	07 (15,9)	23 (52,3)
Percebem quando algo ruim me aconteceu.	17 (38,6)	09 (20,5)	18 (40,9)
Os membros da minha família se tocam e se abraçam.	15 (34,1)	07 (15,9)	22 (50,0)
Me proporciona muito conforto emocional.	18 (40,9)	14 (31,8)	12 (27,3)
Me fazem sentir melhor quando estou aborrecido (a)	16 (36,4)	14 (31,8)	14 (31,8)
Opinam o que é certo/errado, para bem-estar de cada um	07 (15,9)	11 (25,0)	26 (59,1)
Tarefas são distribuídas adequadamente.	14 (31,8)	14 (31,8)	16 (36,4)
Há coerência entre as palavras e os comportamentos.	15 (34,1)	16 (36,4)	13 (29,5)
Sabem o que fazer quando surge uma emergência.	10 (22,7)	14 (31,8)	20 (45,5)
Demonstramos carinho por meio de palavras.	7 (15,9)	8 (18,2)	29 (65,9)
Expressam interesse uns com os outros.	10 (22,7)	10 (22,7)	24 (54,5)
Servem como bons modelos em minha vida.	10 (26,3)	07 (18,4)	21 (55,3)
Se sentem próximas umas das outras.	14 (31,8)	12 (27,3)	18 (40,9)

Fonte: Dados da pesquisa.

Já na tabela 6, referente aos itens de Adaptação Familiar, no item "Sinto que minha família não me compreende", com as seguintes frequências: 13 (29,5%) "quase nunca ou nunca", 18 (40,8%) "às vezes" e 13 (29,5%) "quase sempre ou sempre", observa-se que há uma distribuição equilibrada de respostas. Ela aponta para uma percepção de compreensão ocasional por parte da família com os demais se dividindo igualmente entre os polos.

Tabela 6: Descrição das frequência de respostas aos itens do fator 2 do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)

ITENS	Quase nunca ou nunca	Às vezes	Quase sempre ou sempre
	n (%)	n (%)	n (%)
	Tem mais problemas emocionais que as outras famílias	14 (31,8)	20 (45,5)
Só mostram interesse quando podem ter vantagens	24 (54,5)	9 (20,5)	11 (25,0)
Sinto raiva da família	29 (65,9)	13 (29,5)	2 (4,5)
Brigamos e gritamos uns com os outros	13 (29,5)	23 (52,3)	8 (18,2)
Me sinto um estranho na família.	20 (45,5)	14 (31,8)	10 (22,7)
Culpam alguém da família quando algo não vai bem	14 (31,8)	14 (31,8)	16 (36,4)
Há ódio na família	26 (59,1)	14 (31,8)	4 (9,1)
Sinto que minha família não me compreende	13 (29,5)	18 (40,8)	13 (29,5)
Viver com minha família é desagradável	28 (63,6)	8 (18,2)	8 (18,2)
Há competitividade entre os membros	20 (45,5)	10 (22,7)	14 (31,8)
Sinto vergonha da família	34 (77,3)	9 (20,5)	1 (2,3)
Minha família me irrita	15 (34,1)	22 (50,0)	7 (15,9)
Me sinto excluído da família	22 (34,1)	11 (25,0)	11 (25,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito aos itens referentes à autonomia, verifica-se uma prevalência de respostas “quase sempre ou sempre” para todas as afirmações, conforme tabela 7.

Tabela 7: Descrição das frequência de respostas aos itens do Fator 3 do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, dos usuários de substâncias psicoativas, cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)

Itens	Quase nunca ou nunca	Às vezes	Quase sempre ou sempre
	n (%)	n (%)	n (%)
	Permitam que me vista como quero	9 (20,5)	3 (6,8)
Me faz sentir que posso cuidar de mim	9 (20,5)	8 (18,2)	27 (61,4)
Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.	6 (13,6)	10 (22,7)	28 (63,6)
Em minha família há privacidade.	12 (27,3)	6 (13,6)	26 (59,1)
Permitem que eu seja do jeito que eu quero ser.	12 (27,3)	5 (11,4)	27 (61,4)
É permitido que eu faça as coisas que eu gosto de fazer.	11 (25,0)	6 (13,6)	27 (61,4)
Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.	8 (18,2)	12 (27,3)	24 (54,5)
Me permitem que eu decida coisas sobre mim.	9 (20,5)	9 (20,5)	26 (59,1)

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir dos escores obtidos com a aplicação do Inventário de Percepção de Suporte Familiar observa-se na tabela 8, uma grande amplitude entre as pontuações mínimas e máximas em cada dimensão e sobretudo no Suporte Familiar Total (73), que apresentou também um alto desvio-padrão (18,94) que indicam uma grande variabilidade das pontuações obtidas pelos participantes.

O valor de alfa de Cronbach foi de 0,93 para as respostas referentes ao fator Afetivo-Consistente; 0,81 para as do fator Adaptação Familiar; 0,85 para o fator Autonomia e 0,80, para o Suporte Familiar Total. Estes resultados apontam para uma confiabilidade substancial (0,61 a 0,80) e quase perfeita (0,81 a 1,00), segundo os critérios sugeridos por Landis & Koch (1977). Tal resultado revela a consistência interna das respostas obtidas por meio da aplicação do Inventário de Percepção de Suporte Familiar, indicando que tal instrumento apresentou alta confiabilidade no espaço onde foi aplicado.

Tabela 8: Estatística de pontuação, percentil e Alpha de Cronbach, por fatores e total, do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, referentes aos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)

	Afetividade Consistência	Adaptação	Autonomia	Suporte Total	
Média	25,14	16,73	11,43	53,48	
Mediana	29,00	18,00	12,50	57,00	
Desvio padrão	11,29	5,50	4,46	18,94	
Mínimo	1	5	0	6	
Máximo	42	25	18	79	
Percentis	25	15,75	13,00	8,25	42,50
	75	32,00	21,00	15,00	67,75
Alpha de Cronbach	0,93	0,81	0,85	0,80	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação a classificação do suporte familiar, por fator e Total, obtida a partir da pontuação do IPSF, na tabela 9 vê-se que o Suporte Familiar Total foi considerado baixo por 36,6% da amostra, o que valida a primeira hipótese levantada por esse estudo. Já no tocante a cada fator, no afetivo-consistente a percepção classificada como média-alta foi predominante, representando 36,4% dos 44 participantes. Em relação à adaptação familiar, a maioria dos participantes (56,8%) apresentou uma percepção classificada como baixa. Quanto ao fator Autonomia, as classificações baixo e alto abrangeram o mesmo número de participantes, cada uma representando 26,3% dos entrevistados.

Tabela 9: Descrição da classificação do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, por fatores e suporte total referentes aos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n = 44)

Fatores	n	%
Fator 1 – Afetivo Consistente		
Baixo	12	27,3
Médio Baixo	08	18,2
Médio Alto	16	36,4
Alto	08	18,2
Fator 2 – Adaptação Familiar		
Baixo	25	56,8
Médio Baixo	12	27,3
Médio Alto	03	6,8
Alto	04	9,1
Fator 3- Autonomia		
Baixo	12	27,3
Médio Baixo	10	22,7
Médio Alto	10	22,7
Alto	12	27,3
Suporte Familiar Total		
Baixo	16	36,4
Médio Baixo	10	22,7
Médio Alto	09	20,5
Alto	09	20,5

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 ANÁLISES BIVARIADAS

- **Entre dados sócio demográficos e os relativos à percepção do suporte familiar**

A análise estatística encontrou evidência de associação estatisticamente significativa entre a variável renda e o Suporte Familiar Total. Entre os que têm renda familiar superior a 4 SM, 100% têm a percepção de um alto suporte Familiar, enquanto a maioria dos que têm renda entre 1 a 3 SM (65%) percebeu seu suporte familiar como baixo ($p = 0,02$). De igual forma, foi possível verificar uma associação entre a variável Situação Conjugal e o Fator Adaptação familiar. Entre os sem parceiro, 93,5% percebem sua adaptação familiar insatisfatória, face à 6,5% dos outros participantes nessa mesma condição ($p=0,01$). Considerando-se somente os que perceberam uma alta adaptação familiar, 71,4% estão entre os que têm parceiro.

A maioria dos que residem sem familiar (96%) percebem a adaptação familiar baixa ($p=0,02$) quando comparados aqueles que residem com a família. Entre os que não moram com

a família, 64,0% têm uma percepção baixa de autonomia, enquanto dentre os que têm uma pontuação alta neste fator, 68,4% vivem com familiar ($p=0,03$). Com relação ao Suporte Familiar Total, 72% dos que vivem sem família o percebem como baixo ($p = 0,04$) (TABELA 10).

Tabela 10: Análise bivariada da relação entre **dados sociodemográficos** e os **fatores da percepção do Suporte Familiar** dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023 (n =44).

Características sociodemográficas	Afetividade Consistente			Adaptação Familiar			Autonomia			Suporte total		
	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>
Faixa etária												
18 a 39 anos	5 (71,4)	2(28,6)	0,13	7 (100)	0(0)	0,26	4(57,1)	3(42,9)	0,50	6(85,7)	1(14,3)	0,12
40 a 57 anos	15(40,5)	22(59,5)		30(81,1)	7(18,9)		18(48,6)	19(51,4)		20(54,1)	17(45,9)	
Escolaridade												
Até Ensino Médio	19(46,3)	22(53,7)	0,57	35(85,4)	6(14,6)	0,41	21(51,2)	20(48,8)	0,50	25(61,0)	16(39,0)	0,36
Ensino Superior ou Pós	1(33,3)	2(66,7)		2(66,7)	1(33,3)		1(33,3)	2(66,7)		1(33,3)	2(66,7)	
Renda												
Até 3 SM	20(50)	20(50)	0,08	34(85,0)	6(15,0)	0,51	21(52,5)	19(47,5)	0,30	26(65,0)	14(35,0)	0,02
4 SM ou mais	0(0)	4(100)		3(75,0)	1(25,0)		1(25,0)	3(75,0)		0(0)	4(100)	
Situação Conjugal												
Com Parceiro(a)	4(30,8)	9(69,2)	0,20	8(61,5)	5(38,5)	0,01	5(38,5)	8(61,5)	0,32	6 (46,2)	7 (53,8)	0,25
Sem Parceiro(a)	16(51,6)	15(48,4)		29(93,5)	2(6,5)		17(54,8)	14(45,2)		20(64,5)	11(35,5)	
Religião												
Com religião	16(43,2)	21(56,8)	0,39	32(86,5)	5(13,5)	0,30	19(51,4)	18(48,6)	0,50	21(56,8)	16(43,2)	0,38
Sem religião	4(57,1)	3 (42,9)		5(71,4)	2(28,6)		3(42,9)	4(57,1)		5(83,3)	2(28,6)	
Situação de trabalho												
Trabalha	11(52,4)	10(47,6)	0,37	18(85,7)	3(14,3)	0,55	12(57,1)	9(42,9)	0,36	13(61,9)	8(38,1)	0,71
Não trabalha	9(39,1)	14(60,9)		19(82,6)	4(17,4)		10(43,5)	13(56,5)		13(56,5)	10(43,5)	
Reside												
Com família	8(42,1)	11(57,9)	0,69	13(68,4)	6(31,6)	0,03	6(31,6)	13(68,4)	0,03	8(42,1)	11(57,9)	0,04
Sem família	12(48,0)	13(52)		24(96,0)	1(4)		16(64,0)	9(36,0)		18(72,0)	7(28,0)	

Fonte dados da Pesquisa

- **Entre dados relativos à percepção do Suporte Familiar e a Redução do consumo decorrente da Intervenção Breve.**

A análise estatística não revelou associação significativa entre nenhum dos fatores examinados pelo IPSF e a redução do consumo relativo a todas as drogas, contradizendo a segunda hipótese que postulava uma percepção mais satisfatória entre aqueles que reduziram o consumo, conforme investigado por este estudo. No entanto, ao examinar a Tabela 11, observa-se que, dos 22 indivíduos com alta percepção de autonomia, todos apresentaram uma diminuição no consumo. Embora este resultado não tenha alcançado significância estatística, sugere uma possível tendência digna de futuras investigações.

Tabela 11: Análise bivariada entre a **redução do consumo referente a todas as drogas em uso e os fatores da percepção do Suporte Familiar** dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44).

IPSF	REDUÇÃO DO CONSUMO		<i>p</i>
	Diminuiu n (%)	Não Diminuiu n (%)	
Afetivo-Consistente			
Baixo	19 (95,0)	1 (5,0)	0,70
Alto	23 (95,8)	1 (4,2)	
Adaptação Familiar			
Baixo	35 (94,6)	2 (1,7)	0,70
Alto	7 (100,0)	0 (0,0)	
Autonomia			
Baixo	20 (90,9)	2 (9,1)	0,24
Alto	22 (100,0)	0 (0,0)	
Suporte Total			
Baixo	25 (96,2)	1(3,8)	0,65
Alto	17 (94,4)	1 (5,6)	

Fonte: Dados da Pesquisa

Nota-se, na tabela 12 que ao analisar a relação entre os efeitos da Intervenção Breve por tipo de droga e os fatores da percepção do Suporte Familiar, não se encontrou evidências de associação significativa. Porém, nota-se que, houve a prevalência de alta percepção de autonomia entre os que conseguiram fazer a redução do tabaco (58,3%), álcool (51,7%) e cocaína (66,7%). Entre os que diminuiram o crack, metade tinha uma alta percepção de autonomia.

Tabela 12: Análise bivariada da relação entre a redução do consumo por tipo de droga, e os fatores da percepção do Suporte Familiar dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023. (n =44)

Variável	Afetividade Consistente			Adaptação Familiar			Autonomia			Suporte Total		
	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>	Baixo n (%)	Alto n (%)	<i>p</i>
IB – Tabaco												
Diminuiu	6 (50,0)	6 (50,0)	0,39	9 (75,0)	3(25,0)	0,39	5 (41,7)	7 (58,3)	0,28	6 (50,0)	6 (50,0)	0,39
Não diminuiu	1 (25,0)	3 (75,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		3 (75,0)	1 (25,0)		1 (25,0)	3 (75,0)	
IB – Álcool												
Diminuiu	13(44,8)	16(55,2)	0,58	22 (75,9)	7(24,1)	0,23	14(48,3)	15 51,7)	0,35	16 55,2)	13 (44,8)	0,48
Não diminuiu	3 (50,0)	3 (50,0)		6 (100,0)	0 (0,0)		4 (66,7)	2 (33,3)		4 (66,7)	2 (33,3)	
IB - Maconha												
Diminuiu	5 (55,6)	4 (44,4)	0,50	9 (100,0)	0, (0,0)	. ^a	3 (33,3)	6 (66,7)	0,75	6 (66,7)	3 (33,3)	0,36
Não diminuiu	1 (33,3)	2 (66,7)		3 (100,0)	0, (0,0)		1 (33,3)	2 (66,7)		1 (33,3)	2 (66,7)	
IB – ocaína/Crack												
Diminuiu	14(50,0)	14(50,0)	1,00	26(92,9)	2 (7,1)	0,86	14(50,0)	14(50,0)	0,27	18 64,3)	10 (37,7)	0,60
Não Diminuiu	1(50,0)	1(50,0)		2(100)	0 (0,0)		2 (100)	0 (0)		1 (50,0)	1 (50,0)	

Fonte: Dados da pesquisa

^a Nenhuma estatística foi computada porque ADEQUAÇÃO se mostrou uma constante uma constante.

Já, ao analisar isoladamente os participantes que alcançaram a abstinência, foi encontrada uma evidência de associação significativa entre a percepção de Adaptação familiar e o fato de estar ou não abstinente, conforme tabela 13. Os resultados mostram que 57,1% dos participantes que perceberam o fator adaptação familiar como alto se encontravam em abstinência, enquanto 81,1% dos que se sentem pouco adaptados às suas famílias não estavam abstinentes ($p=0,05$).

Tabela 13: Análise bivariada entre a **Abstinência e o Suporte Familiar**, por fator e total, dos usuários de substâncias psicoativas cadastrados na UNIPRAD, Rio de Janeiro, 2023 (n =44).

IPSF	ABSTINÊNCIA		<i>p</i>
	SIM n (%)	NÃO n (%)	
Afetivo-Consistente			
Baixo	4 (20,0)	16 (80,0)	0,48
Alto	7 (29,2)	17 (70,8)	
Adaptação Familiar			
Baixo	7 (18,9)	30 (81,1)	0,05
Alta	4 (57,1)	3 (42,9)	
Autonomia			
Baixo	3 (13,6)	19 (86,4)	0,08
Alta	8 (36,4)	14(63,6)	
Suporte Total			
Baixo	5 (19,2)	21 (80,8)	0,31
Alta	6 (33,3)	12 (66,7)	

Fonte: Dados da Pesquisa

5 DISCUSSÃO

A partir do levantamento dos dados sociodemográficos, o presente estudo identificou a prevalência de indivíduos do sexo masculino com idade superior a 40 anos, solteiros, que se auto declararam pardos. Observou-se também que a maioria apresenta baixo nível de escolaridade e situação de desemprego e trabalho irregular.

Esses achados são corroborados por estudo realizado por Pedrosa et al. (2020) em uma Unidade de Dependência Química (UDQ) de um hospital filantrópico e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás. Outro estudo, conduzido por Santana et al.(2021), num CAPS-AD de Sergipe, encontrou dados semelhantes. Ambos identificaram a prevalência de homens com baixo nível de escolaridade, que viviam sem parceiro conjugal.

A prevalência de pessoas da chamada meia idade ou idade adulta intermediária é coerente com pesquisas do campo do Desenvolvimento Humano que afirmam que a busca por tratamento acontece geralmente na fase adulta, ante a percepção dos intensos impactos na sua saúde física e mental, devido ao consumo de drogas por tempo prolongado. Ademais, trata-se de um período dentro do ciclo vital em que as preocupações com declínios próprios do envelhecimento e uma postura mais reflexiva sobre sua trajetória de vida começam a se fazer presente (PAPALIA; MARTORELL, 2022; SANTANA et al.2021).

Junto com o uso da droga, que muitas vezes pode comprometer a capacidade de cumprir compromissos assumidos, a faixa etária e o baixo nível de escolaridade dessa população pode justificar a situação de trabalho de informalidade e desemprego encontrada nesta amostra e, conseqüentemente, a baixa renda e dependência de benefícios sociais ou da ajuda de terceiros.

O fato de uma grande parcela (84,1%) dos entrevistados afirmar ter alguma uma crença religiosa também merece atenção, pois o entendimento de que a espiritualidade e a religiosidade podem afetar de forma positiva a saúde, tanto física quanto mental é cada vez maior na literatura. A prática religiosa pode se apresentar como uma importante estratégia de enfrentamento uma vez que pode ampliar a rede de apoio social, reduzir a probabilidade de comportamentos de risco, podendo até mesmo se mostrar como relevante fator preditivo de adesão a tratamentos médicos e de medidas preventivas de saúde. Já se reconhece, inclusive, que o hábito da oração, aliado à disposição de mudança pode favorecer a recuperação (MATTOS, 2017; ZERBETTO ET AL, 2017).

Com relação às principais drogas consumidas, os dados encontrados nesse estudo seguem a tendência de outros estudos realizados, nos quais se observa a prevalência do uso de álcool entre os pacientes, sendo estes, majoritariamente, consumidores de múltiplas drogas

(SILVA et al. 2021; SANTANA et al., 2021; ABREU, 2018).

Com relação à redução do consumo das drogas pela aplicação da Intervenção Breve, os resultados encontrados demonstram que a expressiva maioria dos pacientes que estavam em acompanhamento, diminuíram ou estavam abstinentes. Essa redução foi prevalente entre os usuários de álcool e de cocaína e/ou crack que são as principais substâncias de uso problemático nesta amostra, portanto, as mais focadas na intervenção. O resultado do presente estudo reforça os de outros estudos que indicaram que a Intervenção Breve pode ser uma abordagem custo-efetiva para lidar com a questão do consumo excessivo de álcool em diferentes contextos de atendimento de saúde (KANNER, 2018; SOARES E VARGAS, 2020; BRANCO FERREIRA E BARROSO, 2020). Resultados positivos em relação ao padrão de consumo, em termos de frequência e quantidade, foram observados também em ambiente acadêmico e laboral, indicando viabilidade e eficácia da técnica nestes contextos (SAWICKI; FRAM e BELASCO, 2021; FERREIRA et al, 2016). Contudo, importa ressaltar a evidência de eficácia da Intervenção Breve também junto a pacientes usuários de outras drogas (SILVA; MIGUEL, 2019; MACHADO et al. 2021) e de que a Atenção Primária da Saúde é o contexto mais adequado para a aplicação desta abordagem no assistência ao usuário de SPA's (SILVA; MIGUEL, 2019; ABREU et al. 2018; RONZANI et al. 2018; HUMENIUK et al., 2010).

É importante destacar que, apesar de efetiva, a IB pode não ser adequada para todos os indivíduos. Algumas pessoas podem necessitar de outras abordagens, dependendo do grau de dependência e dos fatores sociais e psicológicos envolvidos. Pacientes que demandem tratamento mais intensivo e especializado devem ser encaminhados ao serviço de assistência mais adequado (SILVA; MIGUEL, 2019).

Esses dados chamam a atenção para a diversidade de contextos individuais e ressalta a importância de uma abordagem integrativa para lidar com a complexidade inerente à questão das drogas, o que ressoa com a teoria da Complexidade de Morin, que propõe a ampliação do olhar para contextos mais amplos na tentativa de compreensão da realidade.

Com relação à Percepção do Suporte Familiar, confirmou-se a hipótese inicial de que que prevaleceria uma baixa percepção de Suporte Familiar entre os pacientes participantes da pesquisa. Esse resultado é coerente com os dados identificados em estudo conduzido por Dorta; Pallini e Baptista, 2023, em que foi possível verificar a percepção de suporte familiar em duas amostras distintas: uma de um CAPS AD e em outra, vinculada a ESF. A maioria dos participantes da amostra total do referido estudo apresentou baixo nível de suporte familiar. Contudo, esse baixo nível de suporte familiar foi mais prevalente na amostra do CAPS AD, em comparação ao da ESF. Esses resultados fortalecem a compreensão de que questões sociais,

emocionais e conflitos familiares geralmente decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas podem, de maneira recursiva, afetar ou serem afetadas pela percepção reduzida de suporte familiar, criando interações complexas que se retroalimentam mutuamente.

Dentre os fatores que compõem o Suporte Familiar, o de Adaptação Familiar foi o que teve a maior prevalência de baixo nível de percepção. Pesquisa realizada por Marques (2016) em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Recife apresentou resultado compatível com o do presente estudo.

É importante ressaltar que essa percepção de adaptação familiar negativa pode ser reflexo de vários fatores, inclusive da dinâmica prévia da família, do nível de compreensão e apoio ofertados pelos seus membros. O que está de acordo com a ideia de Dorta; Pallini e Baptista (2023), de que as relações familiares são a base primária e fundamental na constituição do indivíduos, que podem desenvolver suas personalidades, saudáveis ou não, a depender dos níveis de afeto, apoio, assistência, comunicação e outros elementos presentes em seus vínculos familiares.

Entretanto, é preciso considerar também como possível explicação para essa baixa percepção de adaptação o fato de que, devido ao uso das drogas e suas consequências negativas, os indivíduos geralmente experimentam uma série de sentimentos como culpa, vergonha, baixa autoestima, angústia, insatisfação e descontentamento, tanto consigo mesmos, quanto em relação à situação em que se encontram. E esses sentimentos negativos sobre si mesmos, junto com as dificuldades do processo de recuperação podem vir a gerar uma visão depreciativa deles próprios e afetar sua percepção de adaptação familiar, refletindo o senso de não pertencimento, inadequação, incompreensão e isolamento em relação a família presente na maioria dos entrevistados.

Analizando a partir do princípio recursivo do pensamento complexo de Edgar Morin (2015), é cabível sugerir que essa baixa percepção de adaptação pode ser, então, produto e produtora de uma dinâmica familiar, num ciclo de interações auto-organizadoras e auto constituintes, típicas dos sistemas complexos, onde o que é produzido volta-se sobre o que produz rompendo com a ideia linear de causa e efeito, o que equivaleria a dizer que a baixa percepção de adaptação não se limitaria a ser uma causa ou uma consequência negativa do uso de drogas, mas sim um elemento interativo e interdependente dentro da dinâmica familiar. Essa inter-relação, moldada por sentimentos negativos e desafios na recuperação, forma um ciclo recursivo.

Já com relação à Autonomia, verificou-se uma proporção igual entre os polos (alto e baixo). Entretanto, esperava-se um nível mais elevado de percepção neste fator, uma vez que

trata-se de um grupo composto majoritariamente por indivíduos acima de 40 anos que moram sozinhos. Contudo metade da amostra percebeu níveis insatisfatórios de liberdade e confiança no ambiente familiar. É possível que esses indivíduos tenham crescido num ambiente familiar com pouca oferta de espaço para o desenvolvimento e construção de sua autonomia. Porém, considerando também o contexto do grupo, é possível que esse senso de pouca autonomia seja reflexo da dinâmica surgida a partir do uso problemático da drogas e da preocupação da família com o processo de recuperação do membro dependente químico.

Um estudo desenvolvido por Assalin et al. (2021) junto a familiares participantes de um grupo de família de um Caps AD no interior paulista mostrou que o monitoramento do comportamento e acompanhamento da rotina deste ente é uma das estratégias de suporte encontradas pelos familiares para prevenir recaídas, sendo essa uma preocupação constante entre eles. Isso pode contribuir para uma percepção de pouca privacidade e desconfiança, além da sensação de que a família não os ache em condições de gerir a própria vida.

Quanto às associações entre dados sociodemográficos e os relativos à percepção do suporte familiar, os resultados revelaram que rendas mais baixas estão associadas a baixos níveis de percepção de suporte familiar. Por outro lado, indivíduos com a renda mais elevada demonstraram alta percepção de suporte familiar, o que está de acordo com achados de Camargo; Calais e Sartori (2015).

Quanto à situação conjugal, não ter um parceiro mostrou-se associada a uma baixa Adaptação. A prevalência de indivíduos sem parceria conjugal pode ser reflexo da dificuldade de se sustentar um relacionamento duradouro e estável, devido às implicações do uso das drogas em vários fatores da vida conjugal. Também verificou-se uma relação de associação entre o fato de residir sem familiares e o senso de adaptação familiar, de autonomia e a percepção do suporte familiar total. Dados semelhantes foram encontrados em estudo conduzido por Carvalho e Santana (2018) com usuários de crack de um Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus familiares, de Pernambuco, em que pessoas que moravam sozinhas também apresentaram baixa percepção do suporte familiar.

Percebeu-se, portanto, que maior parte das pessoas com baixa percepção de Adaptação Familiar não residem com seus familiares. Esse resultado pode sugerir que a falta do convívio familiar constante pode intensificar o senso de não pertencimento e inadequação em relação a família. É coerente também com a ideia apresentada anteriormente, de que sentimentos auto depreciativos, de vergonha ou culpa, além do estigma e preconceito, que pode ser percebido também no seio familiar, podem fazer com que se sintam isolados ou desconectados de seus familiares. Pensando, a partir do princípio recursivo, é preciso considerar que a percepção de

adaptação familiar influencia a interação contínua com a família e vice-versa. Se alguém percebe que não se encaixa na família, pode se distanciar, criando assim um ciclo recursivo de isolamento e desconexão.

Também merece destaque o fato de que entre os que não residem com a família, a maioria tem uma percepção baixa de autonomia, enquanto dentre os que têm uma pontuação alta neste fator, a maior parte vive com familiar. Esse resultado corrobora a ideia de que o conceito de autonomia é totalmente desvinculado ao de autossuficiência e sim ao de interdependência, uma ideia central no pensamento Morin (2015), o que evidencia a importância dos contextos relacionais para o exercício da autonomia.

Apesar de não terem sido encontradas evidências de associação entre os dados os relativos à percepção do Suporte Familiar e o resultado da Intervenção Breve, merece atenção o fato de que houve prevalência da diminuição das drogas entre os que apresentaram uma percepção de autonomia classificada como alta. Esse é um dado relevante que sugere que a percepção de autonomia pode influenciar positivamente a capacidade do indivíduo de fazer mudanças positivas no comportamento relacionado ao uso de drogas. No entanto, é essencial lembrar que esse resultado não permite inferências conclusivas.

Quando os indivíduos sentem que têm autonomia em suas decisões e ações, eles podem se sentir mais motivados e capacitados para implementar as estratégias e sugestões apresentadas durante a IB. Em um estudo que analisa os fatores que facilitam ou dificultam a produção de autonomia entre os usuários que vivenciam a dependência química em um CAPSad, Wandekoken; Dalbello-Araujo e Sodré (2021) defendem que autonomia não   uma constru o individual e sim desenvolvida no âmbito das rela oes e intera oes.

Onocko-Campos & Campos (2012) defendem que a aquisi o da autonomia se inicia no ambiente familiar, evoluindo de suas intera oes e dependências iniciais, até que se expanda para outros contextos, num processo de co-responsabilidade. Eles concebem autonomia como a capacidade do indivíduo de lidar com sua rede de dependências, de onde obt m recursos e informaçoes para refletir sobre si e sobre o mundo e assim agir. Sugerem, ainda, que o objetivo fundamental do trabalho em saúde deveria ser a “co-constru o da capacidade de reflexão e a o aut noma”(p. 669) desses indivíduos. Essas ideias são compatíveis com as no oes de autonomia e auto-eco-organiza o de Edgar Morin (2015), que reconhece a importância do contexto e das rela oes na forma o da autonomia.

A Intervens o Breve mostra-se alinhada com essa perspectiva já que um dos seus princípios   a promo o da autonomia do paciente, incluindo suas preferências e necessidades na cria o de tratamentos individualizados e oferecendo recursos para que enfrentem a doença

de forma informada e consciente. Mas há uma relação de interdependência neste processo pois para promoverem a autonomia desses indivíduos, os profissionais de saúde precisam contar com os recursos de cada um deles, sejam internos, como a motivação, por exemplo, ou externos, como sua rede social e seu território para identificar e aproveitar os recursos disponíveis neles, estabelecendo um compromisso mútuo por meio do diálogo colaborativo. Esse diálogo colaborativo com o paciente encontra ressonância na Teoria da Complexidade de Morin pois envolve a dependência e interação entre diferentes elementos, como conhecimento clínico, valores e necessidades dos pacientes, contextos sociais e recursos disponíveis (MORIN, 2015).

Já a análise dos participantes que estavam abstinentes mostrou uma associação significativa entre a percepção de adaptação familiar e o estado de abstinência. Aqueles que relataram uma percepção mais positiva da adaptação familiar, com menos sentimentos negativos em relação a sua família, como exclusão e isolamento, apresentaram maior probabilidade de alcançar a abstinência em comparação com aqueles que perceberam a adaptação familiar de forma negativa. Pode-se inferir, portanto, que um maior senso de pertencimento e conexão com a família amplia a sensação de segurança e amparo, aumentando a autoestima e a motivação do indivíduo em recuperação, o que pode impulsioná-lo a enfrentar os desafios do tratamento com mais confiança e com estratégias mais adequadas e de melhores resultados.

Outros estudos mostram que o suporte familiar tem a capacidade de influenciar de forma positiva a autonomia e senso de satisfação com a vida, o que pode diminuir comportamentos negativos diante situações de estresse, podendo, inclusive, interferir no autoconceito do indivíduo, ou seja, em suas crenças sobre si mesmo (BAPTISTA.; RUEDA; BRANDÃO, 2017; BASTOS ET AL, 2016). Essa ideia é coerente com estudos que encontraram, em diferentes contextos e amostras, associações positivas entre os diferentes fatores do suporte familiar e a autoeficácia (BAPTISTA; ALVES; SANTOS, 2008; VENTURA E NORONHA, 2014).

Sobre esse aspecto, é importante ressaltar que a IB é reconhecida por atuar de forma efetiva em processos de mudança de comportamento (SOARES E VARGAS, 2022) e que é embasada em uma abordagem motivacional cujo objetivo primordial é mobilizar a motivação do indivíduo de forma que mudança aconteça. Um estudo experimental realizado em duas Unidades Básicas de Saúde de Minas Gerais concluiu que a IB teve efeito significativo na motivação para mudança de padrão de consumo de álcool nos indivíduos que dele participaram (LIMA et.al, 2022). Entretanto, é interessante notar que esse processo, que busca promover a autoeficácia do paciente, a autonomia e responsabilização nas decisões do tratamento, se alinha de maneira lógica com os resultados obtidos. A ênfase na crença do indivíduo de que ele pode

ter sucesso em seu tratamento e a promoção da responsabilidade quanto às escolhas do tratamento são coerentes com os achados sobre a influência positiva do suporte familiar na motivação e autoimagem dos pacientes.

Dessa forma, é cabível inferir que a IB não apenas trabalha com os aspectos psicológicos e emocionais do paciente, mas também capitaliza, ou seja, tira proveito da influência positiva do suporte familiar para fortalecer a confiança, autoestima e compromisso com o tratamento, resultando em estratégias mais efetivas e resultados mais positivos. Essa ideia é reforçada por Branco, Ferreira e Barroso (2020) em um estudo que visava avaliar o efeito das intervenções breves na redução do consumo de álcool em pacientes de uma Unidade de Saúde Familiar, em Portugal. Eles identificaram que os pacientes submetidos a IB obtiveram uma evolução favorável quanto aos níveis de consumo, mas também deram destaque e relevância para o fato de que a prontidão para mudança de um paciente, aliada ao apoio da família, tornou possível a identificação antecipada do problema e a tomada de medidas para lidar com a possível dependência.

Diante disso, é plausível propor que a interconexão entre os resultados da IB e os fatores de suporte familiar, em termos do fortalecimento da confiança, autoestima e compromisso com o tratamento, seja compreendida através do princípio hologramático proposto por Morin (2015). No contexto da inferência mencionada, podemos associar esse princípio ao reconhecimento de que as ações da IB e a influência do suporte familiar não operam de forma isolada, mas sim em interação e interdependência.

Assim como em um holograma, onde cada pequena parte contém uma imagem completa, os elementos da IB e o suporte familiar contribuem para uma maior visão da recuperação do indivíduo. Portanto, pode-se pensar que os princípios aplicados da IB (como a promoção da autoeficácia, autonomia e responsabilização do paciente), aliados à influência positiva do suporte familiar, formam uma rede interligada que amplifica os resultados desejados, podendo criar um efeito sinérgico onde as partes se reforçam mutuamente para promover uma recuperação mais sólida.

É essencial lembrar que todas as inferências feitas aqui foram baseadas em um estudo específico e requerem aprofundamentos. Considerando a complexidade da problemática do uso de álcool e outras drogas, das relações e dinâmicas familiares, e da assistência à saúde é necessário levar em conta que múltiplos fatores podem desempenhar concomitantemente, um papel importante na recuperação de dependentes químicos, requerendo uma abordagem holística e interdisciplinar, que considere aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou investigar a relação entre características sociodemográficas e os resultados da IB no tratamento de indivíduos com consumo problemático de substâncias com a percepção do suporte familiar, explorando os aspectos afetivo-consistente, adaptação e autonomia, por meio do IPSF (BAPTISTA, 2009). A pesquisa identificou que a maioria dos participantes era do sexo masculino, com idade acima de 40 anos, solteiros e autodeclarados pardos. Predominava um baixo nível de escolaridade, desemprego e trabalho informal na amostra.

Os resultados revelaram que a maioria dos participantes tinha crenças religiosas, sugerindo a relevância da espiritualidade como estratégia de enfrentamento. A pesquisa também identificou que a IB foi efetiva na redução do consumo de álcool e drogas, especialmente entre os usuários de álcool e cocaína/crack, sendo essas as principais drogas consumidas pelos participantes.

No tocante à Percepção do Suporte Familiar, confirmou-se a hipótese de prevalência de uma baixa percepção de Suporte Familiar Total entre os pacientes participantes da pesquisa. O fator Adaptação Familiar foi o de maior prevalência de baixo nível de percepção. A baixa percepção de suporte familiar verificada aqui reforça a importância de desenvolver estudos que avaliem como as relações e dinâmicas nessa instituição pode moldar seus membros ao longo de suas trajetórias de vida, pois podem revelar-se bastante útil para a compreensão e antecipação de padrões de pensamentos e comportamentos dos indivíduos, com base em suas experiências familiares (CARDOSO E BAPTISTA, 2020).

Já a hipótese de que prevaleceria uma percepção mais satisfatória entre aqueles que reduziram o consumo foi refutada. Contudo, notou-se a prevalência da diminuição das drogas entre os que apresentaram uma percepção de autonomia classificada como alta. Esse resultado reforça a importância de se fortalecer as estratégias que promovam a autonomia e o empoderamento dos pacientes por meio de planos de tratamento personalizados e a facilitação de tomadas de decisão informadas.

Além disso, o estudo constatou que renda mais baixa estava associada a baixos níveis de percepção de suporte familiar. A situação conjugal também influenciou, indicando que a ausência de um parceiro conjugal estava associada a uma baixa percepção de adaptação familiar. O fato de residir sem familiares associou-se ao baixo senso de adaptação familiar, de autonomia e a percepção do suporte familiar total.

Em relação à diminuição das drogas, encontrou-se associação entre a percepção de

adaptação familiar e o estado de abstinência. A análise sugeriu que esses fatores operam de maneira interconectada, formando uma rede de influências mútuas, o que sublinha a complexidade das relações entre o contexto familiar e os resultados terapêuticos alcançados. Essa complexidade destaca a importância de uma abordagem integral no tratamento de indivíduos com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. Além de promover mudança de comportamentos isolados, é fundamental também compreender e intervir nas complexas dinâmicas familiares que influenciam e são influenciadas pelo indivíduo em recuperação.

Essas constatações tem implicações práticas e clínicas, destacando a importância de estratégias terapêuticas que incorporem a família como parceira ativa no processo de recuperação. A promoção do fortalecimento familiar, portanto, não é apenas uma medida isolada, mas um investimento estratégico na eficácia e sustentabilidade dos resultados terapêuticos.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de uma abordagem intersetorial e interdisciplinar seja no âmbito do tratamento ou da prevenção considerando a multidimensionalidade da questão. A análise desses resultados não apenas aprofunda a compreensão da relação entre família, usuários e a Assistência à Saúde, mas também realça a necessidade premente de intervenções que transcendam os limites individuais, reconhecendo e integrando a complexidade dos fatores familiares, emocionais e socioeconômicos no tratamento de problemas relacionados ao consumo de substâncias.

No entanto, vale ressaltar que os resultados devem ser interpretados com cautela, dada a complexidade dos elementos envolvidos, sendo necessárias mais pesquisas para validar essas inferências e melhor compreender essas associações. Portanto, futuros estudos podem abordar uma perspectiva mais abrangente para melhor compreensão do desse problema.

As limitações do Estudo foram o tamanho da amostra, devido a dificuldades inerentes ao cenário da pesquisa, e ao baixo retorno dos pacientes ao serviço após o período de restrições sanitárias pela Covid-19. Também o acompanhamento de curto prazo dos participantes. Estudos de longo prazo seriam necessários para verificar a sustentabilidade dos efeitos da intervenção ao longo do tempo e para avaliar a manutenção dos resultados obtidos.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o avanço do conhecimento sobre o uso de substâncias e sua relação com as dinâmicas familiares e da IB. Almeja-se, também, que as conclusões apresentadas sirvam como base para aprimorar as práticas clínicas e terapêuticas destinadas aos dependentes químicos, buscando proporcionar uma abordagem cada vez mais abrangente e humanizada na assistência a essa população vulnerável.

Além disso, é importante que os resultados obtidos alimentem discussões e políticas públicas voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social dos indivíduos afetados pelo uso problemático de drogas, contribuindo para uma sociedade mais saudável.

Ao refletirem sobre a formação dos profissionais de saúde para atuarem com a família na APS, considerando a complexidade do fenômeno familiar em suas experiências de saúde e doença, Marchetti et al. (2023), destacam a necessidade urgente de uma reconfiguração na abordagem da saúde, direcionando-a do tradicional foco nos profissionais para uma perspectiva centrada no usuário-paciente e sua família, levando em conta a compreensão dos determinantes sociais, a diversidade dos modelos familiares e os processos de formação e educação em saúde. Os autores defendem uma formação interdisciplinar, onde o profissional em formação não só aprenda a se relacionar com outros profissionais e trocar experiências de cuidado, como também a gerir conflitos intrafamiliares e interprofissionais. Para eles, os futuros profissionais devem estar aptos a compreenderem as necessidades de saúde na perspectiva do paciente e de sua família, pois a eles pertence a experiência do adoecimento.

A proposta de formação interdisciplinar apresentada pelos autores está alinhada com o pensamento complexo de Morin, que enfatiza a necessidade de abordagens que integrem diferentes disciplinas e enfoques. Morin também destaca a importância de considerar o contexto social e cultural ao abordar questões complexas. A Teoria da Complexidade de Edgar Morin, portanto, revelou-se pertinente para a discussão sobre a temática da pesquisa, que envolve o problema do uso nocivo de drogas, o suporte familiar e a assistência à saúde. A complexidade é manifesta em diversos aspectos relacionados a natureza dessas questões, e a teoria de Morin fornece uma lente conceitual que amplia a compreensão e a abordagem da problemática. A dependência química é um fenômeno resultante da convergência de diversas influências e a Teoria da Complexidade nos convida e encoraja a buscar compreensão mais profunda e uma abordagem interdisciplinar na assistência, reconhecendo que a solução requer uma análise cuidadosa de diversas variáveis e a consideração aberta e dinâmica de diversos saberes. Mas reconhecendo, também, a impossibilidade de se alcançar a totalidade do saber devido a imprevisibilidade resultante das interações e influência múltipla entre as partes, cabendo em si incertezas e inderteminações.

7 REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. M. et al. Screening and Brief Intervention for the use of alcohol and other drugs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2258-2263, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0444>. Acesso em: 24/02/2022.
- ACUÑA, D.R.; LEMOS, S.M. Vida familiar e saúde psicossocial. In: TEODORO, M. L. M; BAPTISTA, M. N. **Psicologia de Família: Teoria, Avaliação e Intervenção**, 2ª ed. Artmed, Porto Alegre, 2020
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSALIN, A. C. B. et al . Facilidades de adesão familiar no tratamento da dependência química: percepção dos familiares. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 17, n. 1, p. 17-25, mar. 2021 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762021000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jul. 2023. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.150251>.
- AZEVEDO, R. C. S.; OLIVEIRA, K. D. Poliusuários de substâncias. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- BAPTISTA M. N. et al. Versão Infantojuvenil do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF-IJ). **Avaliação Psicológica**, v 19, n 4, 2020.
- BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudos Psicométricos Preliminares. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 11-19, 2005.
- BAPTISTA, M. N. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. **Psicologia Ciência e Profissão**, 27, p. 496-509, 2007.
- BAPTISTA, M. N. **Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)**. São Paulo: Vetor Editora, 2009.
- BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S; SANTOS, T. M. M. Suporte Familiar, auto-eficácia e locus de controle: evidência de validade entre os construtos. **Psicologia: ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 260-271, 2008.
- BAPTISTA, M. N.; RUEDA, F. J. M.; BRANDÃO, E. M. Suporte familiar e autoconceito infantojuvenil em acolhidos, escolares e infratores. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 11, n. 1, 19 jul. 2017.
- BAPTISTA, M. N.; SOARES, T. F. P.; GRENDENE, F. Evidências de Validade de Construto do Inventário de Percepção de Suporte Familiar para Idosos – IPSF-ID. **Revista Kairós-**

Gerontologia, v. 21, n 2, p. 113-134, 2018.

BASTOS, D. S. et al. Sintomas depressivos e suporte familiar em idosos e adultos em hemodiálise. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 18, n. 2, p. 103-116, 2016.

BASTOS, F. I. P. M. et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BATISTA, H. H. V. et al. Propriedades Psicométricas do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). **Ciencias Psicológicas**, v. 12, n. 1 e-1976, 2021. Disponível em: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1976>. Acesso em: 03/02/2022.

BELOTTI, M.; FRAGA, H. L.; BELOTTI, L. Família e Atenção Psicossocial: o cuidado à pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 617-625, 2017.

BRANCO, F.; FERREIRA, A.; BARROSO, T. Intervenções breves junto a utentes da atenção primária em uso de risco e nocivo de álcool. **Cogitare Enfermagem**, v.25, p. 11-28, 2020.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N° 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: [Reso466.pdf \(saude.gov.br\)](#). Acesso em 27/08/2021.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N° 580**, de 22 de março de 2018. Disponível em: [Reso580.pdf \(saude.gov.br\)](#). Acesso em:27/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 04 de Outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html Acesso em: 18/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p.

BRAUN, L. M.; ZANON, L. L. D.; HALPERN, S. C. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 122- 140, 2014.

CAMARGO, V. C. V.; CALAIS, S. L.; SARTORI, M. M. P. Estresse, depressão e percepção de suporte familiar em estudantes de educação profissionalizante. **Estudos de Psicologia**

(Campinas), v. 32, n. 4, p. 595–604, dez. 2015.

CAMARGO, P. DE O. et al. Políticas públicas e sociais frente à vulnerabilidade social no território da Cracolândia. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, 2022.

CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. Família e intergeracionalidade. In: TEODORO, M. L. M.; BAPTISTA, M. N. **Psicologia de Família: Teoria, Avaliação e Intervenção**, 2ª ed. Artmed, Porto Alegre, 2020.

CARVALHO, M. M. C; SANTANA, S. M. Uso de crack e suporte familiar: implicações na assistência. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-16, abr. 2018.

CASTRO, L. A. P. G. Opióides. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CAVAGGIONI, A. P. M.; GOMES, M. B; RESENDE, M. M. O tratamento Familiar em casos de dependência de Drogas no Brasil: Revisão de Literatura. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n.1 49-55, Jan.-Jun., 2017.

CLAUS et al. **Forças familiares e dependência química**. Escola Anna Nery, 2018.

CORDEIRO, D. Alucinógenos. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CORDEIRO, D. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos do consumo de substâncias. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Inalantes e outras drogas. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

COSTA, I. I. **O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial para pessoas que usam drogas**. 2018. Disponível em: www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094732-001.pdf. Acesso em: 27/08/2021.

COSTA, K. et al. Percepção do suporte familiar e desempenho em leitura e escrita de crianças do ensino fundamental. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 33, n. 101, p. 154-163. 2016.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRAS, R. Álcool. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed. 2019.

CHRYSTOJA, B. R. ET AL Mortality in the Americas from 2013 to 2015 resulting from diseases, conditions and injuries which are 100% alcohol-attributable. **Addiction**, v. 116, n. 10, 2021. DOI: 10.1111/add.15475.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LEMOS, T. Estimulantes do tipo anfetamina. In: DIEHL, A;

CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed. 2019.

DORTA, M. A. DE O.; PALLINI, A. C.; BAPTISTA, M. N. Suporte Familiar, Traço/Estado Depressivo e Motivos para Viver em Usuários da Atenção Primária/Secundária. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 158–179, 2023.

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023). **European Drug Report 2023 - Highlights** [Online]. Disponível em: https://www.emcdda.europa.eu/news/2023/european-drug-report-2023-highlights_en. Acesso em: (28/07/2023).

FERREIRA, A.C.Z. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n.2, p.150-156, abr/jun, 2015.

FERREIRA, Maira Leon et al . Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 10, n. 1, p. 34-43, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 ago. 2023. <http://dx.doi.org/10.24879/201600100010045>

FORNERETO, A. de P. N.; SOUSA, D. F. de; MARTINI, L. C. Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, 2023. e220221. DOI: 10.1590/interface.220221.

GONÇALVES, M; BAPTISTA, M. N.; FARCAS, D. IPSF: análise da estrutura interna em uma amostra de jovens adultos portugueses. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 15, n. 1, p. 115-123, abr.2016.

GUIDETTI, A. A.; MARTINELLI, S. C. Percepções infantis: Relações entre motivação escolar e suporte familiar. **Psico-USF**, v. 22, n. 3, p. 515-525, 2017.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199–206, jan. 2004.

HESFA - Hospital Escola São Francisco de Assis - Núcleo de Atenção às Pessoas Com Problemas de Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <<https://hesfa.ufrj.br/index.php/nucleo-de-atencao-as-pessoas-com-problemas-de-alcool-e-outras-drogas>>.

HUMENIUK R. Et al. **The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care**. Genebra (Swi): World Health Organization; 2010.

KANER, E. F. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, 24 fev. 2018.

KOURGIANTAKIS T, ASHCROFT R. Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. **BMJ Open**, v. 8. N. 1, jan. 2018.

LANDIS, J. R., & KOCH, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, 33(1), 159–174.

LIMA, N. T. X. et al. Motivação para mudança no consumo de bebidas alcoólicas: intervenção breve como estratégia motivacional. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e84261, 2022.

LO, H. H. M. et al. Os efeitos moderadores da gratidão na associação entre estilos parentais percebidos e ideação suicida. **J Child Fam Stud**, v. 26, p. 1671–1680, 2017.

LOPES, M. V. O. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: **ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. R. Epidemiologia e saúde**, 8ª Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. 752 p.

LOTON, D. J.; WATERS, L. E. The Mediating Effect of Self-Efficacy in the Connections between Strength-Based Parenting, Happiness and Psychological Distress in Teens. **Frontiers in psychology**, v. 8, 2017.

MACHADO, P.M; et al. Impacto da Intervenção Breve realizada pela enfermagem no consumo de substâncias psicoativas. *Advances in Nursing and Health*, v. 3, p. 83-93, Londrina, 2021.

MAGNANI, R. M.; STAUDT, A. C. P. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 75-86, 2018.

MARANFETI, I.; PINHEIRO, M. C. P. Cocaína e crack. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MARCHETTI, M. A. et al. Interdisciplinary training for the family approach in primary healthcare. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, p. e20220178, 2023.

MARQUES, M. T. DA S. **Suporte familiar e uso de drogas na perspectiva do indivíduo em tratamento: um caminho para o cuidado**. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17612>>. Acesso em: 11 ago. 2023.

MATTOS, L. R.. Associação entre a religiosidade e a cessação do tabagismo em usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro 2017.

MICHELE, D.; CRUZ, M. S. Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações. In: BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS SENAD. **Intervenção Breve**. v. 4, 12º. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2018.

MICHELE, D.; FORMIGONI, M. L. O. S; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção breve: princípios e aplicação passo a passo. In: BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE

DROGAS SENAD. **Intervenção Breve**. v. 4, 12º. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2018.

MINUCHIN, S. Um modelo familiar. In: MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MORIN, E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 8ª. ed. Rio de Janeiro: **Bertrand Brasil**, 2003.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Health Report, Working Together for Health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região**. Washington, D.C., EUA, 2017.

PAGANI, R.; MINOZZO, F.; QUALIA, G. Abordagem familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família. In: BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS SENAD. **Recursos da comunidade e da família para cuidado e Redução de Danos**. v. 7, 12º. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2018.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, G. **Desenvolvimento Humano**. 14. ed. Porto Alegre: Amgh Editora Ltda, 2022. 800 p.

PAYÁ, R. Terapia familiar dependência Química. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PEDROSA SM, et al. Motivação para primeira experiência do uso de drogas e recaídas de pessoas em tratamento. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2020 [acesso em: 18 Jul. 2023];22:58894. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.58894>.

PILLON, S. C.; PEGORARO N. P. J.; SANTOS, M. A. O papel da equipe interdisciplinar na dependência química. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PONTES, ET AL. Compreendendo o atendimento prestado por equipe multiprofissional em centro de atenção psicossocial na percepção familiar. **Enfermagem em Foco**, 12(1), 40-46. 2021.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POZZOBON, M; MARIN.A. H. Suporte familiar e metas profissionais de adolescentes com baixo desempenho escolar. Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais v. 3, 2017.

PRESMAN, S. ; GIGLIOTTI, A. Nicotina. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RONZANI et al. A intervenção breve na atenção primária à saúde: quem pode aplicá-la. In: BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS SENAD. **Intervenção Breve** v. 4, 12^o. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2018.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A E RUIZ, P., **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução: ALMEIDA, M.A. et al., revisão técnica: SCHESTATSKY, G., et al.; 11^a ed. Porto Alegre: Editora Artmed. 2017.

SALES, R.; DIEHL, A. Anabolizantes. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SANTANA, G. V. et al. Perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial especializado. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 7-13, 2021. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.155433. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/155433>. Acesso em: 16 jul. 2023

SANTOS, Q. G. et al. Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, Edic. 1, Jan-Mar, 2016.

SAWICKI WC, FRAM DS, BELASCO AGS. Intervenção breve aplicada a universitários consumidores de risco de bebidas alcoólicas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** [Internet]. 2018 [acesso em 3 jul. 2023]; 14(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000414>.

SILVA, C. J. S.; MIGUEL, A. Q. C. Intervenção breve. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SILVA, D.M.R., et al. Association between family dynamics and use of alcohol, tobacco, and other drugs by adolescents. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(3):e20200829. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0829>

SILVA, E. A. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges. In: BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS SENAD. **Recursos da comunidade e da família para**

cuidado e Redução de Danos . v. 7, 12º. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2018.

SILVA FILHO, J. A. DA . et al.. Intervenção Breve para uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: revisão sistemática. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 138, p. 693–706, jul. 2023.

SOARES J, VARGAS D DE. Intervenção breve grupal: efetividade na motivação para a mudança do uso de álcool. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2020 [acesso em 30 mar 2020]; 73(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0138>

SOARES, C. J. et al. Inclusão da família na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas: cuidar e ser cuidada. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 1, jun. 2021.

SORDI et al. Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. In:DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

STREINER D.L.; NORMAN G.R. Health measurement scales. **A practical guide to their development and use**. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2008.

UNODC, **World Drug Report 2021** (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8).

UNODC, **World Drug Report 2023** (United Nations publication, Sales No. E.23.XI.7)

VENTURA, C. D.; NORONHA, A. P. P. Autoeficácia para escolha profissional, suporte familiar e estilos parentais em adolescentes. **Aval. psicol., Itatiba** , v. 13, n. 3, p. 317-324, dez.2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 ago. 2023.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; SODRÉ, F. “EnCAPSulados”: autonomia e dependência no processo de trabalho em CAPSad. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 33, n. 2, p. 100-107, maio/ago. 2021. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i2/5793>

ZERBETTO, S. R. et al. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 16 jan. 2017

ZERBETTO, S.R; FURINO, V. O.; FURINO, F. O. A implementação da intervenção breve na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. APS**. 2017 jan/mar; 20(1): 107 - 117.

ZHOU, et al. Mediating effects of meaning in life on the relationship between family care, depression, and quality of life in Chinese older adults. **Frontiers in Public Health**, 2023. 11, 1079593. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1079593.

ZUARDI, A. W.; CRIPPA, J. A. S; SOUZA, J. D. S. Maconha. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento, e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: O SUPORTE FAMILIAR PERCEBIDO POR PACIENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS UTILIZANDO A INTERVENÇÃO BREVE, que tem como objetivo geral: avaliar o suporte familiar percebido pelos pacientes usuários de álcool e outras drogas que estão em tratamento com a Intervenção Breve utilizando o Inventário de Percepção de Suporte Familiar.

A coleta de dados da pesquisa terá tempo duração máxima de 10 meses, com o término previsto para maio de 2023.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a questionário(s)/inventário(s) a serem aplicados pela pesquisadora, de forma individual, em ambiente que te ofereça privacidade e não interfira na rotina do serviço. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará nenhum prejuízo a você, que permanecerá sob acompanhamento, sem nenhum constrangimento ou discriminação.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa são mínimos, estando atrelados a eventuais questões emocionais ou fadiga ao responder a algumas perguntas. Para minimizar ou sanar esses riscos, a pesquisadora responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, prestando assistência imediata que esteja na sua competência, ou acionando pessoas ou serviços competentes em casos de danos decorrentes da pesquisa que porventura se apresente, e garantindo seu direito de parar a pesquisa quando desejar.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa são a contribuição com informações para o serviço que podem direcionar as discussões e o planejamento das ações da equipe sobre melhorias no processo terapêutico dos usuários. Além disso, poderá servir de base para novos estudos, gerando maior conhecimento sobre o tema.

Rubrica do Participante: _____



Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Rosa Rachel Mendes Peixoto
 Pesquisadora responsável
 E-mail: rosapeixoto.psi@gmail.com
 Cel: (21) 99637-8074
 CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048 R: 200
 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 .

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Rubrica do Participante: _____

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

1. Qual a sua a sua idade?: (*Não sabe = 88; Não quis responder =99*)

2. A sua cor ou raça é:

- 1 - Branca
- 2 - Preta
- 3 - Amarela (origem japonesa, chinesa, coreana etc.)
- 4 - Parda (Mulata , cabocla , cafuza, mameluca ou mestiça)
- 5 - Indígena
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

3. Qual é o seu estado civil? (*Como está no cartório*)

- 1 - Casado(a) ou união estável
- 2 - Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente
- 3 - Divorciado(a)
- 4 - Viúvo(a)
- 5 - Solteiro(a)
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

4. Você tem companheiro(a) estável/fixo?

- 1 -Sim
- 2- Não
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

5. Quantos filhos você tem (naturais e/ou adotivos)?

- 0 - Nenhum
- 1 - Um
- 2 - Dois
- 3 - Três
- 4 - Quatro ou mais
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

6. Qual o seu sexo?

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino
- 88- Não sabe
- 99 - Não quis responder

7. Você se considera ...

- 1 - Heterossexual
- 2 - Homossexual (gay ou lésbica)
- 3 - Bissexual

- 4 - Transexual, travesti, transgênero (
- 5 - Outro. Qual? _____
- 88 - Não sabe
- 99- Não quis responder

8. Qual é sua religião?:

- 1 - Não tem
- 2 - Católica
- 3 - Evangélica/protestante
- 4 - Espírita
- 5 - Afro-brasileira (umbanda, candomblé)
- 6 - Orientais/budismo
- 7 - Outra. Qual: _____
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

9. Qual é o seu nível de escolaridade?:

- 1 - Nunca estudei
- 2 - Ensino Fundamental Incompleto (antigo 1º grau)
- 3 - Ensino Fundamental Completo (antigo 1º grau)
- 4 - Ensino Médio Incompleto (antigo 2º grau)
- 5 - Ensino Médio completo (antigo 2º grau)
- 6 - Ensino Superior Incompleto
- 7 - Ensino Superior Completo
- 8 - Especialização
- 9 - Mestrado
- 10 - Doutorado
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

10. Qual é sua profissão atual?: _____

11. Qual é sua situação de trabalho atual?:

- 1 - Fora do mercado de trabalho (Não trabalha e não está buscando ativamente por emprego atualmente)
- 2 - Desempregado (Não trabalha e está buscando ativamente por emprego atualmente) (
- 3 - Trabalho regular ou com horário fixo
- 4 - Trabalho irregular e sem horários fixo (bicos)
- 88 - Não sabe
- 99- Não quis responder

12. Qual é origem da sua renda:

- 1 - Trabalho regular ou com horário fixo
- 2 - Trabalho informal (Bicos)
- 3 - Benefícios Sociais
- 4 - Ajuda de familiares
- 5 - Ajuda de instituições
- 6 - Doações
- 7 - Outras. Quais _____
- 88 - Não sabe

99 - Não quis responder

13. Qual é a renda atual da sua família em salários mínimos (SM):?

- 1 - Sem renda
- 2 - Menos de 1 SM
- 3 - De 1 a 3 SM
- 4 - De 4 a 6 SM
- 5 - De 7 a 9 SM
- 6 - De 10 ou mais
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

14. Qual é o seu tipo de residência atual?

- 1 - Imóvel próprio.
- 2 - Imóvel alugado.
- 3 - Imóvel emprestado por familiares, amigos ou outros
- 4 - Abrigos
- 5 - Situação de rua
- 6 - Outros
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

15. Atualmente você reside com: (pode ser dada mais de uma resposta).

- 1 - Pai
- 2 - Mãe
- 3 - Irmãos
- 4 - Avós
- 5 - Tios
- 6 - Sobrinhos
- 7 - Cônjuge
- 8 - sozinho
- 9 - Outros. Especificar: _____
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

16. De que familiar você recebe ajuda no tratamento de álcool e outras drogas? (pode ser dada mais de uma resposta):

- 1 - Pai
- 2 - Mãe
- 3 - Irmãos
- 4 - Avós
- 5 - Tios
- 6 - Sobrinhos
- 7 - Cônjuge
- 8 - Não recebe ajuda de familiares
- 9 - Outros. Especificar: _____
- 88 - Não sabe
- 99 - Não quis responder

ANEXO A: ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST):



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 PROJETO DE QUALIFICAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA – UFRJ/ PET-SAÚDE/2013
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – AP 3.1



ESTRATÉGIA DE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO BREVE NOS PROBLEMAS RELACIONADOS AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA – ESF

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____

Área/Equipe/Micro área: _____ Data da entrevista: ____/____/____ Entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO

Sexo: F Feminino M Masculino Idade: _____ (anos)
 Estado civil:
 Casado (a) ou vive em união Viúvo (a) Separado (a) ou divorciado (a) Solteiro (a) (Nunca se casou ou viveu em união)
 Você tem religião? Sim Qual? _____
 Não
 Ocupação: _____ Código (ver tabela): _____
 Renda família: 0 Zero 1 Menos de 1 SM 2 Entre 1 e 2 SM 3 Entre 3 e 4 SM 4 Mais de 4 SM
 Escolaridade:
 0 Analfabeto 4 Ensino Médio completo
 1 Ensino Fundamental Incompleto 5 Ensino Superior incompleto
 2 Ensino Fundamental completo 6 Ensino Superior completo
 3 Ensino Médio incompleto

ASSIST - OMS

1. Na sua vida, qual (is) dessas (s) substâncias você já usou? (Somente uso não prescrito por médico)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco	0	3
b. Bebidas alcoólicas	0	3
c. Maconha	0	3
d. Cocaína/Crack	0	3
e. Anfetamina ou êxtase	0	3
f. Inalantes	0	3
g. Hipnóticos/Sedativos	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opióides	0	3
j. Outras (especificar)	0	3

Se "NÃO" para todos os itens, investigue:
 Nem mesmo quando estava na escola?
 • Se "NÃO" para todos os itens, para a entrevista
 • Se para alguma droga, continue com as demais questões.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa (s) substância (s) que mencionou? (Primeira droga, depois segunda droga, etc.)	NUNCA	UMA OU DUAS VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	5
b. Bebidas alcoólicas	0	2	3	4	5
c. Maconha	0	2	3	4	5
d. Cocaína/Crack	0	2	3	4	5
e. Anfetamina ou êxtase	0	2	3	4	5
f. Inalantes	0	2	3	4	5
g. Hipnóticos/Sedativos	0	2	3	4	5
h. Alucinógenos	0	2	3	4	5
i. Opióides	0	2	3	4	5
j. Outras (especificar)	0	2	3	4	5

Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6. Com outras respostas, continue as demais questões.

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve forte desejo ou urgência em consumir (Primeira droga, depois segunda droga, etc.)	NUNCA	UMA OU DUAS VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. Derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. Maconha	0	3	4	5	6
d. Cocaína/Crack	0	3	4	5	6
e. Anfetamina ou êxtase	0	3	4	5	6
f. Inalantes	0	3	4	5	6
g. Hipnóticos/Sedativos	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opióides	0	3	4	5	6
j. Outras (especificar)	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois segunda droga, etc.) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	UMA OU DUAS VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. Derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. Maconha	0	4	5	6	7
d. Cocaína/Crack	0	4	5	6	7
e. Anfetamina ou êxtase	0	4	5	6	7
f. Inalantes	0	4	5	6	7
g. Hipnóticos/Sedativos	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opióides	0	4	5	6	7
j. Outras (especificar)	0	4	5	6	7

• Faça as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1.

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois segunda droga, etc.) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	UMA OU DUAS VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. Derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. Maconha	0	5	6	7	8
d. Cocaína/Crack	0	5	6	7	8
e. Anfetamina ou éxtase	0	5	6	7	8
f. Inalantes	0	5	6	7	8
g. Hipnóticos/Sedativos	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opióides	0	5	6	7	8
j. Outras (especificar)	0	5	6	7	8

6. Há amigos, parentes ou outras pessoas, que tenham demonstrado preocupação com seu uso? (Primeira droga, depois segunda droga, etc.)	NÃO, NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Derivados do tabaco	0	5	3
b. Bebidas alcoólicas	0	5	3
c. Maconha	0	5	3
d. Cocaína/Crack	0	5	3
e. Anfetamina ou éxtase	0	5	3
f. Inalantes	0	5	3
g. Hipnóticos/Sedativos	0	5	3
h. Alucinógenos	0	5	3
i. Opióides	0	5	3
j. Outras (especificar)	0	5	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois segunda droga, etc.) e não conseguiu?	NÃO, NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas	0	6	3
c. Maconha	0	6	3
d. Cocaína/Crack	0	6	3
e. Anfetamina ou éxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos/Sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opióides	0	6	3
j. Outras (especificar)	0	6	3

8. Alguma vez você já usou droga por injeção? (Apenas uso não médico.)	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos três meses

POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- Produtos de tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodka, vermouths, caninha, rum, tequila, gin)
- Maconha (baseado, erva, liamba, diamba, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc.)
- Cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brião)
- Estimulantes com anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loiô)
- Hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, pelote, cacto)
- Opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
- Outras - especificar

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber intervenções breves	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 mais
Alcool		0-10	11-26	27 mais
Maconha		0-3	4-26	27 mais
Cocaína		0-3	4-26	27 mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 mais
Inalantes		0-3	4-26	27 mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 mais
Opióides		0-3	4-26	27 mais



ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS-UNIPRAD

Estratégia de diagnóstico e intervenção breve nos problemas relacionados aos usuários de álcool e outras drogas no contexto da atenção básica- ESF

QUADRO DE CONSUMO

TIPO DE DROGA	1ª CONSULTA Data:	2ª CONSULTA Data:	3ª CONSULTA Data:	4ª CONSULTA Data:

ANEXO B – Quadro de consumo de Drogas

ANEXO C: INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR (IPSF)

IPSF

Folha de respostas

Parte integrante do Livro de Aplicação (Vol. 2) da Coleção IPSF

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: M F

Local de nasc.: _____ Data da Aplic.: ____/____/____

- Escolaridade: () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
 () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo
 () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo
 () Especialização () Mestrado () Doutorado

Estou avaliando

- () família nuclear (pai, mãe, irmãos, etc.)
 () família constituída (esposa, esposo, filhos)

Atualmente resido com _____

- Meus pais () nunca se separaram
 () se separaram quando eu tinha ____ anos

Eu, se já casado(a)

- () nunca me separei () já me separei com ____ anos de casamento
 () primeira separação () segunda separação
 () terceira ou mais

Neste inventário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre sua compreensão a respeito da percepção sobre o suporte ou assistência familiar recebido por você até o momento. É necessário, por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um X a alternativa que melhor se aplica a você. Se, por acaso, nenhuma das opções estiver de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Não preencha este quadro. Ele está reservado para uso exclusivo do examinador.				
	F1		F2	
	_____	+	_____	+
			F3	
			_____	=
				$\Sigma_{(F1, F2, F3)}$
Percentil	_____		_____	_____
Classificação	_____		_____	_____

011118

Esta folha possui numeração sequencial, impressa em vermelho.

0070351

Esta folha está impressa em AZUL, PRETO e VERMELHO. Se lhe apresentarem impresso em qualquer outro cor ou de qualquer outro modo, trata-se de uma reprodução ilegal. Recuse-se a utilizá-la.

**Vetor**
editora

EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.
 Rua Cubatão 48 - CEP 04013-000 - SP
 Tel. (11) 3146-0333 - Fax. (11) 3146-0340

www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

Copyright © 2009 - Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. - São Paulo. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

Nº	AFIRMAÇÕES	QUASE NUNCA OU NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE OU SEMPRE
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família.			
04	Meus familiares me elogiam.			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
07	Eu sinto raiva da minha família.			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11	Minha família discute seus medos e preocupações.			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18	Em minha família existe privacidade.			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20	Há ódio em minha família.			
21	Eu sinto que minha família não me compreende.			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração.			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam.			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27	Viver com minha família é desagradável.			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem-estar de cada um.			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32	Em minha família há competitividade entre os membros.			
33	Eu sinto vergonha da minha família.			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35	Em minha família demonstramos carinho por meio das palavras.			
36	Minha família me irrita.			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39	Eu me sinto excluído da família.			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			