

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

**JUDICLÉIA MARINHO DA SILVA**

**FUNCIONAMENTO FAMILIAR DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS DO CAPS AD III ARCOVERDE REGIONAL**

**RECIFE**

**2018**

**JUDICLÉIA MARINHO DA SILVA**

**FUNCIONAMENTO FAMILIAR DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS DO CAPS AD III ARCOVERDE REGIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, na área de concentração em Gestão e Economia da Saúde para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de F. Caldas Júnior

Recife

2018

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586f Silva, Judicléia Marinho da  
Funcionamento familiar do usuário de álcool e outras drogas do CAPS  
AD III Arcoverde regional / Judicléia Marinho da Silva. - 2018.  
50 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de F. Caldas Junior.  
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade  
Federal de Pernambuco, CCSA, 2018.  
Inclui referências e anexos.

1. Família. 2. Droga. 3. Álcool. I. Caldas Júnior, Arnaldo de F.  
(Orientador). II. Título.

336 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2018 – 145)

JUDICLÉIA MARINHO DA SILVA

FUNCIONAMENTO FAMILIAR DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
DO CAPS AD III ARCOVERDE REGIONAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, na área de concentração em Gestão e Economia da Saúde para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em 06 /06/2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Arnaldo de F. Caldas Júnior (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr.<sup>a</sup> Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Examinadora interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho (Examinador interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. André Cavalcanti da Silva Barbosa (Examinador externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

A meus pais na pessoa da minha querida e admirável mãe, Maria José, que sempre acreditou em mim e me ensinou a nunca desistir dos sonhos e possibilidades apresentadas durante a jornada da vida. A minha irmã Judite pela paciência e disposição constante em me ajudar, às minhas filhas do coração Juliana; Mariana e Elizabeth, pela compreensão dos momentos ausentes ao longo do mestrado. As minhas tias Suely e Sandra que estão sempre na torcida e nas orações pelo meu sucesso aos meus sobrinhos Tarciana, Antônio e Marina, ao meu cunhado Pedro e demais familiares pela constante torcida e amor ofertado durante toda a jornada.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e Salvador Jesus Cristo por renovar as misericórdias todas as manhãs, renovado as suas promessas em minha vida me fortalecendo em todas as tribulações a fim de que eu cumprisse a carreira que estava proposta.

A meus pais, Arlindo (in memoria) que nos deixou no decorrer do curso e a minha maravilhosa mãe baluarte da fé que me proporcionou carinho e conforto nas horas difíceis com seu exemplo de persuasão. Obrigada por toda preocupação.

A minha irmã Judite sempre disponível e presente na minha vida com seu cuidado quase que maternal e ao seu esposo Pedro.

As minhas filhas do coração, Juliana, Mariana e Elisabeth, que viveram tantas mudanças ao longo desses dois anos pela compreensão e paciência frente aos vários dias em que estive ausente e aqueles em que, mesmo estando presente, não pude dar-lhes a atenção merecida.

A meus sobrinhos Tarciana, Antônio e Marina por me proporcionarem tantas alegrias com a presença de vocês em minha vida.

As minhas tias Sandra e Suely tão amadas e presentes em todos os momentos cruciais de minha vida, obrigada por contar sempre com vocês.

Ao professor Dr. Arnaldo Caldas de França Junior, pelo privilégio de ter recebido sua orientação. Agradeço pela confiança e por todo aprendizado.

Ao Instituto Federal de Pernambuco – Campus Belo Jardim, por me conceder licença para realização do mestrado.

A minha querida família UTI pela compreensão e apoio nos momentos de ausência.

A equipe do CAPS AD III em Arcoverde na pessoa de Graças Barros pela paciência, acolhimento e aprendizado constante.

Aos colegas da turma do mestrado, em especial a Angélica, Amanda, Jussara e Kátia as quais compartilharam momentos felizes e de superação ao longo desses dois anos.

À coordenação, aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde na pessoa da tão especial Tunísia. A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste curso, meu muito OBRIGADA!

O Senhor é a minha força e o meu escudo;  
Nele o meu coração confia, e dele recebo  
ajuda. Meu coração exulta de alegria, e com o  
meu cântico lhe darei graças.

BIBLIA, 2015, p.707

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o funcionamento familiar dos usuários do CAPS AD III/Arcoverde Regional identificando os padrões de consumo de álcool e outras drogas dos usuários albergados e não albergados, e, ainda, analisar a satisfação de vida verificando se existe associação na coesão e funcionamento familiar deste grupo pesquisado. Trata-se de um estudo de série de casos, quantitativo e analítico. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com os pacientes que foram acolhidos pela equipe do CAPS AD III, sendo utilizados o questionário de Avaliação da Coesão Familiar/Family Adaptability and Cohesion Evolution Scale (FACES III), que se propõe a avaliar a coesão e o funcionamento familiar de diferentes grupos e o questionário de Satisfação com a Vida. Foram utilizados os testes Qui-quadrado, incluindo o OR, Teste de t-student, e intervalos de confiança. Verificou-se que tanto no grupo albergado como no grupo não albergado, a maioria dos pacientes possuía a idade de 18 a 30 anos (50,0% e 46,7%, respectivamente). Verifica-se uma maior prevalência de consumo de drogas no grupo albergado, sendo álcool (100,0%), maconha (75,0%), crack (70,0%), cocaína (60,0%) e outras drogas (60,0%). Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo para a cocaína (p-valor = 0,035) e outras drogas (p-valor = 0,004). Acerca do tipo de família, os dois grupos avaliados apresentaram maior prevalência de família com alto risco (55,0% e 56,7%, respectivamente). Conclui-se que mesmo sob tratamento, estes pacientes continuam consumindo drogas e uma intervenção familiar seria extremamente necessária para contribuir para a reabilitação dos usuários.

Palavras-chave: Família. Droga. Álcool.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was analyzing the family functioning from CAPS AD III / Arcoverde Regional users, identifying of alcohol and other drug consumption patterns of the hosted and non-hosted users, and further analyze in the cohesion patterns and family functioning, determining the satisfaction of their lives and verifying if there is an association in the cohesion and familiar functioning of these researched groups. This is a case-series, quantitative and analytical study. In this study, the cause and effects are observed simultaneously. The data collection was performed by the researcher, with the patients who were sheltered by the CAPS AD III team. The Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES) questionnaire was used, it proposes to evaluate different groups cohesion and family functioning and also evaluate the questionnaire for the Measurement of Satisfaction with Life. After typing the database was exported to the SPSS program, version 18, where the analysis was performed. This study fulfilled its proposed purpose as well as contributed to elucidate the dynamics of users within the familiar context as well as work performed in the psychosocial attention centers of alcohol and other drugs.

Keywords: Family. Drug. Alcohol.

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Modelo circumplexo para el FACES-III de Olson. FACES-III de Olson, Portnery Lavee (1985).....	24
Quadro 2 - Modelo circumplejo para el FACES-III de Olson. FACES-III de Olson, Portner y Lavee (1985).....	25
Quadro 3 - Descrição dos valores normativos do FACES III, Segundo Olson, Sprenkle, Russel (1989) .....	26
Quadro 4 - Classificação do risco familiar Segundo Olson, Sprenkle, Russel (1989).....	27
Quadro 5 - Variáveis Dependentes.....	28
Quadro 6 - Variáveis Independentes.....	29

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes avaliados segundo o grupo de estudo.....	31
Tabela 2 - Prevalência do uso das drogas, segundo o grupo de estudo.....	32
Tabela 3 - Distribuição do nível de coesão, adaptabilidade e o tipo da família segundo o grupo de estudo. ....	33
Tabela 4 - Análise da mediana e intervalo interquartílico do escore de qualidade de vida dos pacientes avaliados, segundo o grupo de estudo.....	34

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

A1	Albergados
A2	Não Albergados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS/ AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas.
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONEP/CN/MS	Conselho Nacional de Saúde relativa a Ética com Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.
EUA	Estados Unidos da América
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
FACES	Avaliação da Coesão Familiar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SNC	Sistema Nervoso Central
RD	Redução de Danos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Contextualização do assunto .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>15</b>
1.2.1	Objetivo geral .....	15
1.2.2	Objetivos específicos .....	15
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Contexto histórico da família .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Drogas e sociedade.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3</b>	<b>Políticas públicas no Brasil e no mundo a cerca do consumo do álcool e outras drogas.....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Considerações éticas .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>Delineamento do estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>Critérios de inclusão .....</b>	<b>22</b>
<b>3.4</b>	<b>Critérios de exclusão .....</b>	<b>22</b>
<b>3.5</b>	<b>Local do estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>3.6</b>	<b>Tamanho da amostra .....</b>	<b>23</b>
<b>3.7</b>	<b>Instrumentos para a coleta dos dados .....</b>	<b>23</b>
3.7.1	FACES III .....	23
3.7.2	Escala de satisfação com a vida (ESV) .....	27
<b>3.8</b>	<b>Análise estatística.....</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>
	<b>ANEXO A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E FLEXIBILIDADE FAMILIAR (FACES III).....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXO B – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA.....</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA.....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXO D - CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A).....</b>	<b>50</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do assunto

Dentro desse fenômeno de mudanças de comportamentos e precarização dos vínculos, percebe-se um aumento significativo da dependência química, sendo de extrema relevância no contexto familiar e de impacto na saúde pública, principalmente porque surgem diversos dilemas onde a família e a sociedade é confrontada (SILVA, 2004). Diante desta afirmativa, se faz necessário avaliar o impacto do uso do álcool e outras drogas no funcionamento familiar de adictos tendo em vista da dificuldade do indivíduo, da família, do estado e da sociedade em vivenciar a presente temática, levando a necessidade do poder público elencar e desenvolver políticas a fim de minimizar os efeitos do uso dessas substâncias contribuindo na elucidação da influência dos padrões de relação familiar no consumo de álcool e outras drogas, a fim de se identificarem no contexto do cuidar.

No desenvolvimento deste trabalho devem-se enquadrar as políticas de saúde e posteriormente, o enquadramento do consumo abusivo do álcool e de outras drogas.

De acordo com a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (OMS, 2001).

Em 1990, surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde adotando, os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (JORGE et al., 2001).

No Brasil, com o Movimento da Reforma Sanitária a qual culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, onde houve pela primeira vez participação social tendo como desdobramento a 1ª; 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental respectivamente em 1987; 1992 e 2001, ocorrendo o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o serviço de base comunitária (SILVEIRA, 2013).

A Portaria 336/02 (BRASIL, 2002), propõe a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como ordenadores desta rede da construção do cuidado, buscando evidenciar o sujeito e desconstruir a loucura com estratégias de acolhimento, através da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), construindo políticas transversais com os vários setores da sociedade.

Em 2011 o Ministério da Saúde instituiu a Portaria Nº 3088 a qual vem estabelecer a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo este incorporado à Política Nacional de Saúde Mental, expandindo efetivamente o cuidado descentralizado, contextual e interdisciplinar voltado para a redução de danos (BRASIL, 2011).

Em 26 de janeiro de 2012 foi sancionada a Portaria 130 na qual é redefinida o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS/AD) 24 horas e os respectivos incentivos financeiros, bem como, a característica do seu funcionamento (BRASIL, 2012).

Hoje temos uma rede de atendimento de 59 (CAPS/AD) 24 horas em todo o território nacional oferecendo atendimento à população, com acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2018).

A eleição da Redução de Danos (RD) pela política nacional de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, como abordagem terapêutica nos serviços de atenção psicossocial, de base comunitária, repercute conquistas e desafios no âmbito da assistência a pessoas em sofrimento mental, decorrente do uso de substâncias psicoativas (SOUZA et al., 2017).

A dependência química ocasiona prejuízos em diversos sistemas, entre eles o familiar, com o adoecimento das relações, principalmente com cônjuges e filhos; com a evasão frequente das escolas; o laboral com absenteísmo, atrasos e incapacidade de realizar as tarefas que refletem na sociedade como um todo. Essa situação acarreta altos custos para a sociedade, pois, mesmo diante dos problemas ocasionados pela dependência, os mesmos continuam a consumir drogas (CAPISTRANO et al., 2013).

A partir de uma compreensão sistêmica do sintoma da drogadição, se faz necessária uma mudança mais profunda no funcionamento familiar, para sustentar um novo modelo relacional mais saudável, capaz de minimizar a possibilidade de novos sintomas familiares. (MARQUES PAZ et al., 2013).

Segundo Almeida (2017), no Recife o estudo realizado apontou para uma prevalência de 54% de ocorrência no que refere aos dados por uso isolado de drogas e de 35% de ocorrência referente aos dados por consumo múltiplo de drogas. Esses resultados demonstram a necessidade urgente de programas específicos para detecção e tratamento precoces para o consumo de drogas na população adulta e jovem com treinamento de recursos humanos junto a esta população

Em Pernambuco, tratar da importância do apoio da família na vida do usuário de álcool e outras drogas. Percorrendo ainda, acerca do sucateamento que as políticas públicas, sociais e programas de apoio e acompanhamento a essa demanda vem sofrendo diante da conjuntura atual a partir da perspectiva neoliberal de Estado mínimo, evidenciando que quem mais sofre com esse desmonte, descentralização, privatização é a população usuária e seus familiares (ANDRADE et al., 2017).

## **1.2 Objetivos**

### 1.2.1 Objetivo geral

- Analisar o funcionamento familiar do usuário de álcool e outras drogas do CAPS AD III Arcoverde/Regional.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar os padrões de consumo de álcool e outras drogas dos utentes albergados e não albergados do CAPS AD III Regional/Arcoverde.
- Identificar a influência percebida nos padrões de coesão e funcionamento familiar dos utentes albergados e não albergados do CAPS AD III Regional/Arcoverde.
- Determinar a satisfação com a vida entre drogaditos albergados e não albergados.
- Verificar se existe associação na coesão e funcionamento familiar entre utentes albergados e não albergados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Contexto Histórico da Família

O estudo científico do desenvolvimento humano está em constante evolução. As questões que os cientistas tentam responder como funciona o cérebro, as capacidades sensoriais e as habilidades motoras, fazem parte do desenvolvimento físico; aprendizagem, atenção, memória e criatividade compõe o desenvolvimento cognitivo; emoções, personalidade e relações sociais são aspectos do desenvolvimento psicossocial (PAPALIA, 2013).

Segundo Orth (2005), o sistema de consanguinidade teria sido a primeira forma de configuração familiar descrita. Sua principal característica se relaciona ao fato de não existir nenhuma interdição sexual, o que permitia ao homem unir-se com parentes próximos. Depois veio a família Punaluana, a família Sindiásmica e por fim a Monogâmica, sendo esta a ordem conjugal estabelecida para se transformar na família nuclear de hoje.

Segundo Gomide (2006 apud TESSALO; SCHIMIDT, 2017) aponta que a família ainda é um lugar privilegiado para a promoção da educação. Mesmo que o jovem passe a conviver mais em outros ambientes, como escola, clubes e shoppings, são no seio da família que os valores morais e os padrões de conduta são adquiridos. Somente quando esses valores morais não são adquiridos adequadamente durante a infância é que os outros ambientes poderão ter influência de risco na adolescência.

A família é o “centro do viver das pessoas”, onde em seu processo de conviver, constrói saberes, valores e crenças, possibilitando que cada um de seus membros, ao compartilhar tais experiências, inclusive a de adoecimento, possa enfrentar as necessidades por atenção em saúde, seja na busca por explicações para a sua condição, seja dando possibilidades de escolhas, seja possibilitando formas de enfrentamento, ou, se constituindo como uma rede de sustentação em momentos de fragmentação do cotidiano da família vividos pelo adoecimento de algum membro (DE MATTOS; MARUYAMA, 2009).

Guimarães et al. (2009), destacou que é importante compreender o grupo familiar na complexa rede cultural e social que envolve, pois, sendo uma instituição baseada na troca de relações, tem para seus membros uma representação socialmente construída e que orienta a condução da sua dinâmica.

Educar é uma preocupação constante de muitos pais, que se questionam se a forma como criam seus filhos e estabelecem limites está adequada. Essa preocupação é legítima, pois a família consiste no primeiro ambiente social de que a criança participa em que ela

aprende regras e modos de se relacionar com o outro; assim, as interações familiares fundamentam as relações da criança na sociedade (DAPIEVE et al., 2012).

Progenitores que monitoram a conduta das crianças e adolescentes, corrigindo as atitudes negativas, gratificando as positivas, realizando uma comunicação clara e aberta baseada no respeito mútuo, educam de forma protetiva. Pais afetuosos, que respondem às necessidades das crianças, encorajando-as a tomarem decisões, exercem influência positiva em seu comportamento, ao mesmo tempo em que os protegem do desenvolvimento de psicopatologias (PATIAS, 2013).

Gomide (2006), afirma que o comportamento moral dos genitores transmite valores e virtudes que inibem o comportamento antissocial. Dessa forma, se predominarem entre pais e filhos relações de cooperação e práticas voltadas ao desenvolvimento da empatia, haverá uma menor vulnerabilidade de as crianças e adolescentes desenvolverem comportamentos considerados de risco, como o uso de drogas.

## **2.2 Drogas e sociedade**

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (OMS, 1993).

O consumo de substâncias psicoativas, desde civilizações antigas, sempre esteve sob regulação social. A princípio, a regulação se estabeleceu em contextos socioculturais específicos que condicionaram o consumo de determinadas substâncias mediante normas e convenções socialmente compartilhadas. O isolamento de princípios ativos de substâncias psicoativas e sua industrialização, a partir do século XIX, resultaram em formas de apresentação mais potentes. Este fato foi acompanhado por popularização crescente dessas substâncias e expansão de seu consumo com finalidade terapêutica e também recreativa (ALVES, 2009).

Para os juristas, as drogas podem ser classificadas em lícitas, que são aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição e, as ilícitas, que são substâncias proibidas por lei. Outra forma de classificação das drogas baseia-se nas ações que elas exercem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), a partir das modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento do indivíduo que as utiliza (CASSOL et al., 2012).

Pratta et al. (2009) destacaram que com o passar dos séculos o uso das drogas variou conforme a cultura e o grau de desenvolvimento das civilizações. Algumas substâncias, como

o álcool, por exemplo, atingiram o estado de legalidade e se incorporaram aos hábitos sociais, enquanto outras se tornaram ilícitas.

Desde os primórdios da humanidade as drogas se fizeram presentes em diversos contextos e com diferentes finalidades. Seja para fins terapêuticos, recreativos ou religiosos, é possível identificar em todo o mundo culturas que se serviam e se servem dos psicoativos, variando-se o tipo de uso e o papel que eles desempenham segundo Escotado (2004 apud MELO, 2016).

O uso de substâncias começou a aparecer na literatura clínica a partir dos séculos XVIII e XIX, devido a Revolução Industrial a qual trouxe a urbanização, possibilitando maior convivência e observação por parte dos médicos, dos problemas de saúde advindo do uso abusivo de bebidas alcoólicas (PRATTA et al., 2009).

A França foi um dos países que mais cedo começaram a se preocupar com o crescente consumo médio anual de álcool, encarando com certa preocupação a captação anual superior a três litros de álcool por pessoa e a elevada proporção do número de tabernas por habitante no ano de 1945 (MELLO, 2001).

O estudo de Alves (2006) revelou que o fenômeno do uso exacerbado da droga nos dias atuais é fruto de uma construção social, a qual revela a desintegração das relações sociais e individuais, no qual o uso de drogas assumiu a forma de evasão, de contestação e ou transgressão, no qual o indivíduo busca substâncias tóxicas para obtenção do prazer.

Ao analisar as inúmeras consequências do uso de drogas na sociedade, torna-se possível visualizar a questão do narcotráfico, as complicações na saúde física, ou seja, as sérias decorrências clínicas da dependência química, bem como, o sofrimento psíquico, os prejuízos laborais, sociais, afetivos, familiares, nos laços de amizade, enfim, nas relações sociais, segundo Aragão (2009).

Portanto, a dependência química é algo atual para se discutir, uma vez que somente a partir da segunda metade do século passado o conceito de dependência deixou de ser enfocado como um desvio de caráter, ou apenas como um conjunto de sintomas, para ganhar contornos de transtorno mental com características específicas (RIBEIRO, 2004).

A OMS (2001) destacou ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência.

### **2.3 Políticas públicas no Brasil e no mundo a cerca do consumo do álcool e outras drogas**

A revisão da literatura permite identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos (ALVES, 2009).

Segundo Brandão (2017) a política de proibicionismo teve como principal coadjuvante os Estados Unidos da América (EUA), que em 1906 convocaram a Conferência de Xangai, onde a comissão norte-americana pugnou pela realização de uma verdadeira cruzada contra o uso não médico do ópio. Contudo, os esforços americanos se viram frustrados ante a manifesta falta de interesse pela proposta por parte dos outros onze países participantes. Alguns anos depois, em 1912, é realizada a Convenção Internacional sobre o Ópio, em Haia, assinada pelos então membros da Liga das Nações. Percebe-se, então, o início da sistematização da proibição no âmbito internacional.

Burgierman (2011), afirma categoricamente que a política de drogas que dominou o mundo nos últimos cinquenta anos fracassou miseravelmente, gerando violência, desigualdade, corrupção, racismo, morte e incentivando o uso de drogas mais pesadas, até chegar ao crack.

Como já reconhecido pelos próprios autores do proibicionismo, o problema não está nas substâncias em si, mas nas formas em que elas são utilizadas e distribuídas. Com a legalização, é possível controlar e regulamentar sua produção, distribuição e evitar o abuso, com conscientização, oferta de tratamento, etc. Trata-se da política de redução de danos, baseada principalmente na alteridade e na conscientização (BRANDÃO, 2017).

Fonseca (2005), afirma que a redução de danos (RD) representa um marco da ação em saúde pública e um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso de drogas. Esta abordagem é direcionada para aqueles usuários que não querem ou não conseguem, em um determinado momento, parar de usar drogas. A RD pode ser entendida, grosso modo, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência do uso de drogas.

No ano de 1972, o Comitê de Narcóticos da Holanda publicou um documento que definia que a política de drogas deveria ser coerente com os riscos associados ao uso das drogas. No Reino Unido, as primeiras intervenções na área de saúde referidas como precursoras do movimento de redução de danos datam da década de 1920. Em 1926, um grupo de médicos recomendou a prescrição de drogas como a heroína e cocaína para usuários dependentes, com o propósito de reduzir os danos de seu uso e assim melhorar a sua qualidade de vida (ALVES, 2009).

Machado e Miranda (2007) destacam que no Brasil, apesar da existência desses movimentos sociais, o aparato jurídico-institucional criado ao longo do século XX destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas. Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, e a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos.

Em 1989 na cidade de Santos, mais de 50% dos casos de Aids tinham como forma de transmissão o compartilhamento de seringas pelos UDI (Usuários de Drogas Injetáveis). Uma série de iniciativas foi formulada na tentativa de melhorar a assistência e a prevenção da epidemia nessa população. Uma das alternativas seria a implantação de programas de redução de danos, que vinham ganhando destaque no cenário internacional, sendo o ano de 1990 o início de uma série de pesquisas que buscavam avaliar a situação da epidemia de Aids entre os UDI no Brasil (FONSECA, 2007).

OMS recomenda lançar campanhas de conscientização do público para superar o estigma e a discriminação; envolver comunidades, famílias e utentes na tomada de decisões sobre políticas e serviços; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar profissionais de saúde mental; vincular a saúde mental a outros setores sociais; monitorizar a saúde mental; e apoiar a pesquisa (OMS, 2001).

Em 2003 o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso em enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. O órgão publicou o documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, pelo qual “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas. O enfoque da redução de danos aparece com força ainda maior nessa nova versão do texto da política, o que se faz notável naquela que talvez represente a mudança mais expressiva na trajetória discursiva das políticas públicas sobre drogas no Brasil: o discurso quanto ao ideal de uma “*sociedade livre de drogas*” dá lugar ao ideal de uma “*sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas*” (CONAD, 2005).

Balbinot, (2016) compreende que a Reforma Psiquiátrica tem, como um de seus principais pilares, a desinstitucionalização, cujo conceito transcende o processo administrativo (de fechamento dos hospitais psiquiátricos) para um processo ético, de desconstrução dos “manicômios mentais.”.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas têm sido construídos, até o presente momento, por esforços coletivos entre os diferentes níveis de gestão e com abertura para o diálogo com a sociedade brasileira, numa perspectiva democrática que busca qualificar os espaços de diálogo com os diferentes setores envolvidos com o SUS (BRASIL, 2011).

Porém em 2017 a resolução Nº 32, da portaria 3588 Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) O Art. 7º - Aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de crises Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e Inter setorial (BRASIL, 2017).

O Conselho Nacional de Direitos Humanos recomenda Ao Ministério da Saúde: a) que revogue a Resolução nº 32/17 e a Portaria nº 3.588/17, pois foram elaboradas e publicadas sem a participação do Conselho Nacional de Saúde; b) que quaisquer mudanças na Política Nacional de Saúde Mental sejam amplamente discutidas com o pleno do Conselho Nacional de Saúde e com o conjunto da sociedade brasileira, através de audiências públicas, garantindo o direito fundamental de participação e controle social previstos na Constituição Federal de 1988, (BRASIL, 2018).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Considerações éticas**

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco pelo **CAAE: 79725217.4.0000.5208** de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

#### **3.2 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo de série de casos, quantitativo e analítico. Neste estudo, a causa e efeitos são observados simultaneamente. Apresentando a vantagem de ser simples, de baixo custo e de rápida execução (PEREIRA, 2005).

#### **3.3 Critérios de inclusão**

- Dependentes de substâncias psicoativas;
- Pacientes que buscaram tratamento no CAPS AD;
- Pacientes que possuíam idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de Dependência Química nos critérios do CID 10 (Classificação Internacional de Doenças).

#### **3.4 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo os drogaditos que possuíam deficiências intelectuais, diagnosticadas pela equipe do CAPS AD.

#### **3.5 Local do estudo**

O presente estudo foi realizado com usuários de álcool e outras drogas, participantes do CAPS AD III/ Regional Arcoverde que oferece assistência para 13 municípios do sertão de Pernambucano que são: Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manarí, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa, com uma população estimada em 420.000,00 habitantes. Segundo informações da Regional de Saúde, a região apresenta altos índices de uso de drogas, psicoativos e álcool, com alta demanda de usuários que necessitam de tratamento, para atendimento em Centro de Atenção Psicossocial AD III referência regional, com funcionamento 24 horas, fundamentando-se no pressuposto de respeito ao indivíduo enquanto sujeito, através de intervenção interdisciplinar e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), estratégia proposta pelo Ministério da Saúde (MS), que visa

orientar uma nova modalidade de potencializar o sujeito com a premissa da redução de danos e a possibilidade de reinserção no contexto da família e da sociedade, conforme a portaria nº130 de janeiro de 2012(BRASIL, 2012).

### **3.6 Tamanho da amostra**

Foi avaliada uma amostra de 50 indivíduos, sendo que foram entrevistados 20 indivíduos albergados e 30 indivíduos não albergados.

### **3.7 Instrumentos para a coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com os pacientes que foram acolhidos pela equipe do CAPS AD III, sendo utilizado o questionário de Avaliação da Coesão Familiar/Family Adaptability and Cohesions Evolution Scale (FACES), que se propõe a avaliar a coesão e o funcionamento familiar de diferentes grupos e o questionário para aferição da Satisfação com a Vida.

#### **3.7.1 FACES III**

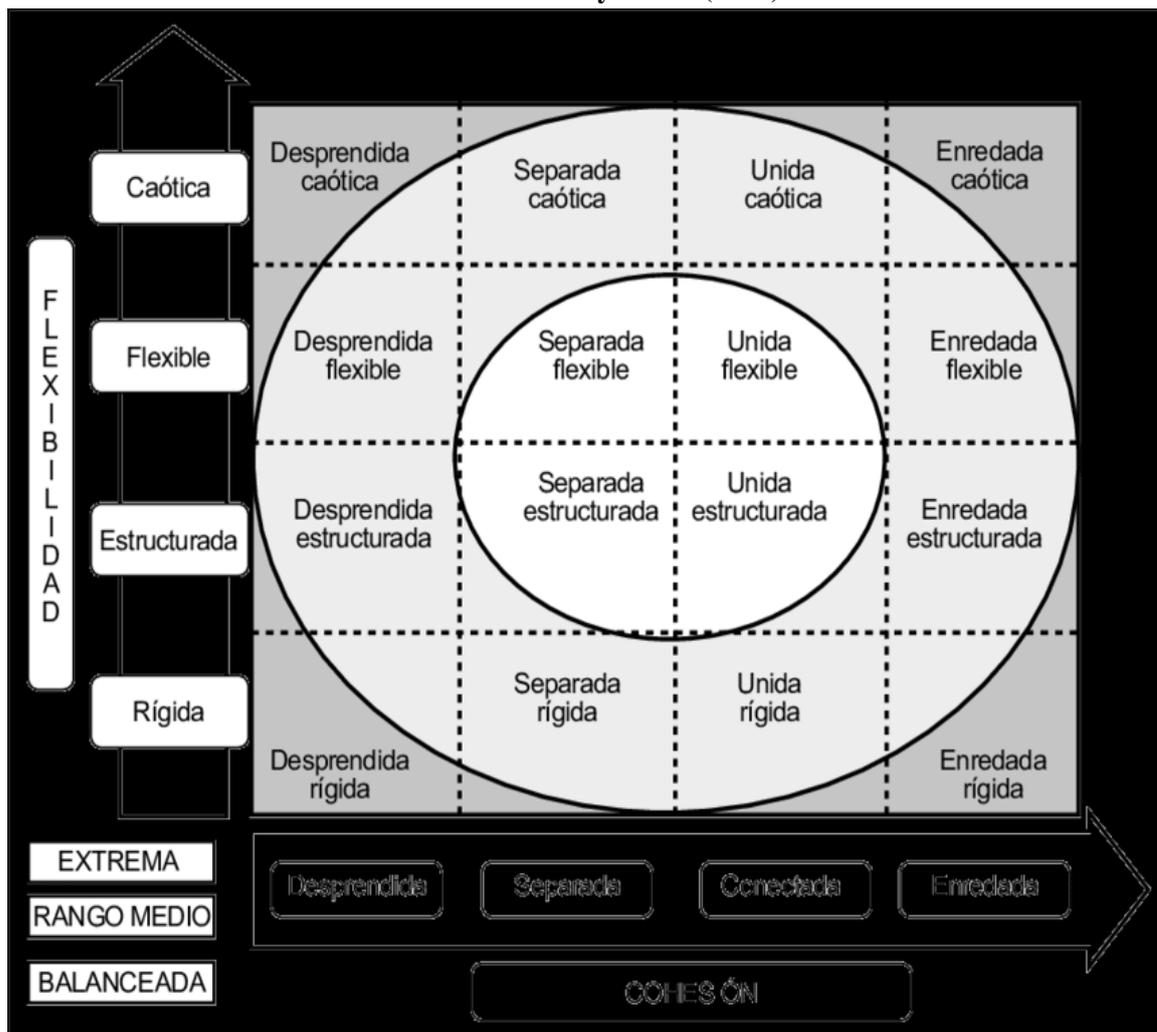
O instrumento FACES III foi validado no Brasil por Falceto, Busnello, Bozzetti (2000). A escala FACES III é composta por 20 perguntas. As 10 de número ímpar dizem respeito à coesão familiar, à capacidade da família de manter unida frente às vicissitudes do cotidiano. As 10 perguntas pares referem-se à adaptabilidade, ou seja, à capacidade dos membros da família de modificar papéis e regras de funcionamento, para adequá-los à tarefa ou ao momento a enfrentar.

Coesão é definida no modelo como a ligação emocional que o casal ou os membros da família possuem uns com os outros; diz respeito ao modo como os sistemas equilibram proximidade e separação/privacidade. Flexibilidade refere-se ao quanto é possível que haja alterações no sistema com relação à liderança, às funções exercidas pelos membros e às regras que pautam os relacionamentos; concerne ao quanto os sistemas conseguem se manter equilibrados diante de mudanças. Por fim, comunicação é considerada uma dimensão facilitadora das interações e do equilíbrio familiares, uma vez que habilidades comunicacionais positivas permitem aos casais e à família como um todo ajustarem seus níveis de coesão e de flexibilidade para dar conta de diferentes demandas inerentes ao desenvolvimento dos membros e do grupo familiar, bem como decorrentes de acontecimentos ou situações da vida (OLSON; GORALL, 2003).

De acordo com o modelo circunplexo, as famílias sem problemas possuem níveis médios de coesão e adaptabilidade, enquanto as famílias clínicas tendem a ter valores extremos. Olson, Sprenkle, Russel (1989), classificou as famílias em três grupos, utilizando a combinação das características de coesão e adaptabilidade, constituindo o equivalente a grupos: a) famílias balanceadas; b) famílias de risco médio e c) famílias de alto risco.

De acordo com Olson, Sprenkle e Russel (1989), a flexibilidade familiar é a habilidade que o casal ou o sistema familiar tem de mudar a estrutura de poder, o padrão e as regras de relacionamento, em resposta às situações de estresse e mudança que ocorrem durante todo o ciclo de vida familiar e que dependem da forma de comunicação entre os indivíduos, na qual os estilos de negociação, regras existentes nas relações e a divisão de papéis são fundamentais para o estabelecimento desta dinâmica.

**Quadro 1 - Modelo circunplexo para el FACES-III de Olson. FACES-III de Olson, Portnery Lavee (1985)**



Fonte: Bazo-Alvarez (2006).

Quadro 2 - Modelo circunplejo para el FACES-III de Olson. FACES-III de Olson, Portner y Lavee (1985)



Fonte: Bazo-Alvarez (2006).

De acordo com Olson (2002), quando um membro da família deseja mudança, o sistema familiar deve, de alguma forma, negociar com aquele desejo. Tomando como exemplo quando a criança se torna adolescente. Adolescentes sempre querem mais liberdade, independência e poder (dimensão flexibilidade) no sistema familiar, exercendo uma pressão para a mudança. Essa pressão pode facilitar o rearranjo desta família, apesar da resistência para a mudança.

A flexibilidade familiar também se apresenta em quatro tipos (rígida, estruturada, flexível e caótica), de acordo com maior ou menor grau de liberdade apresentado. Desta forma, altos níveis de flexibilidade (caótica) e baixos níveis de flexibilidade (rígida) tendem a ser problemáticos tanto para o indivíduo quanto para a relação (KOUNESKI, 2000).

A classificação dos valores normativos do FACES III (Quadro 1), foi descrito por Olson, Portner, Lavee (1985) em um estudo com 1140 famílias, tendo como coesão média de 39,80 (DP=5,40) e a adaptabilidade média de 24,10 (DP=4,70).

**Quadro 3-Descrição dos valores normativos do FACES III, Segundo Olson, Sprenkle, Russel (1989)**

<b>Classificação</b>	<b>Valores (com filhos adultos)</b>	<b>Valores (com filhos adolescentes)</b>	<b>Valores (casais jovens)</b>
<b>COESÃO</b>	Valores	Valores	Valores
Desligada	10-34	10-31	10-36
Separada	35-40	32-37	37-42
Conectada	41-45	38-43	43-46
Aglutinada	46-50	44-50	47-50
<b>ADAPTABILIDADE</b>			
Rígida	10-19	10-19	10-21
Estruturada	20-24	20-24	22-26
Flexível	25-28	25-29	27-30
Caótica	29-50	30-50	31-50

Fonte: Rabello e Caldas Junior (2007).

De acordo com o modelo circunplexo, as famílias possuem níveis médios de coesão e adaptabilidade, enquanto as famílias clínicas (com problemas) tendem a ter valores extremos. Olson, Sprenkle, Russel (1989), classificou as famílias em três grupos, utilizando a combinação das características de coesão e adaptabilidade, constituindo o equivalente a grupos: a) famílias balanceadas; b) famílias de risco médio e c) famílias de alto risco. A classificação é feita de acordo com o quadro abaixo.

**Quadro 4 - Classificação do risco familiar Segundo Olson, Sprenkle, Russel (1989)**

<b>Família balanceada</b>	<b>Família de risco médio</b>	<b>Família de alto risco</b>
1. separada + estruturada	1. separada + rígida	1. desligada + rígida
2. separada + flexível	2. separada + caótica	2. desligada + caótica
3. conectada + estruturada	3. conectada + rígida	3. aglutinada + rígida
4. conectada + flexível	4. conectada + caótica	4. aglutinada + caótica
	5. estruturada + aglutinada	
	6. estruturada + desligada	
	7. flexível + desligada	
	8. flexível + aglutinada	

Fonte: Rabello e Caldas Junior (2007).

Será observado também o consumo de drogas pelo paciente, a frequência, o tipo de droga e se este consumo se associa à modificação no funcionamento familiar.

Apesar da versão quatro já existir, os autores destacam a FACES III como um dos instrumentos mais usados em pesquisas e em serviços de saúde mental, em outros contextos socioculturais (SOUZA, et al., 2011).

### 3.7.2 Escala de Satisfação com a Vida (ESV)

Diener et al., 1985, desenvolveram uma medida com independência de domínio, para avaliar o julgamento que as pessoas fazem acerca do quanto estão satisfeitas com suas vidas. Os itens que compõem esta escala são de natureza global, nesse sentido, são os próprios respondentes, em lugar dos pesquisadores, quem elegem que domínios deverão ser considerados no momento de expressar a satisfação geral com suas vidas, tendo em conta seus próprios interesses e valores. As principais vantagens dessa medida em relação às demais que pretendem avaliar a satisfação com a vida parecem claras: compreende uma escala com múltiplos itens, cobre um único fator, é breve e tem um formato de resposta simples. Esses aspectos tornam viável seu uso em grupos de diferentes faixas etárias, permitem seu emprego clínico para subsidiar a avaliação de pacientes e favorecem os estudos de levantamento em



**Quadro 6 - Variáveis Independentes**

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Tipo de droga utilizada	Droga lícita ou ilícita utilizada pelos pacientes e famílias	1. Álcool 2. Maconha 3. Crack 4. Cocaína 5. Outras
Idade	Anos completos no momento da pesquisa	Categorização após a coleta
Renda mensal familiar e pessoal	Nº de salários da família e pessoal recebidos mensalmente	Categorização após a coleta
Ocupação	Ocupação onde o paciente provém os seus recursos financeiros	1. Funcionário público 2. Desempregado 3. Autônomo 4. Outros
Chefe de família	Responsável financeiro pelo sustento da família	1. Sim 2. Não
Presença de companheiro (a)	Pessoa que vive com o paciente	1. Sim 2. Não
Escolaridade	Nº de anos estudados	Categorização após a coleta

Fonte: Rabello e Caldas Junior (2007).

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista estruturada, através do questionário, entre os meses de fevereiro a maio de 2018 e a seguir, foram transcritos de forma literal. Para preservar a fidedignidade das informações, os nomes dos participantes foram codificados pela letra inicial seguida de um algarismo numérico para diferenciá-los entre si: sendo (A1) para Albergados, (A2) para Não Albergados.

### **3.8 Análise estatística**

Para a estatística inferencial foram utilizados os testes Qui-quadrado, incluindo o OR, Teste de t-student, e intervalos de confiança.

O teste de qui-quadrado avaliou a relação entre as variáveis agrupadas duas a duas, sendo as variáveis dependentes relacionadas a cada uma das variáveis independentes, caracterizando assim um estudo bivariado.

## 4 RESULTADOS

Na tabela 1 temos a caracterização dos pacientes avaliados segundo o grupo de estudo. Recebe entre 1 a 2 salários mínimos; não é o chefe da família; não possui companheiro (a) estudaram até o ensino fundamental. Ainda, observa-se que no grupo albergado a maioria dos pacientes possui outra ocupação, enquanto que no grupo de paciente não albergado são autônomos. O teste de homogeneidade não foi significativo para os fatores avaliados (p-valor maior do que 0,05), indicando que a caracterização dos pacientes é semelhante nos dois grupos avaliados, exceto acerca da ocupação (p-valor = 0,001).

**Tabela 1- Caracterização dos pacientes avaliados segundo o grupo de estudo**

Fator avaliado	Grupo de estudo		p-valor
	Albergado	Não albergado	
<b>Q2.Idade</b>			
18 a 30 anos	10(50,0%)	14(46,7%)	0,202 <sup>1</sup>
31 a 40 anos	6(30,0%)	4(13,3%)	
41 a 62 anos	4(20,0%)	12(40,0%)	
<b>Q3.Renda</b>			
Menos de 1 SM	2(10,0%)	2(7,4%)	0,972 <sup>2</sup>
1 SM	6(30,0%)	7(25,9%)	
Entre 1 a 2 SM	8(40,0%)	11(40,7%)	
Acima de 2 SM	4(20,0%)	7(25,9%)	
<b>Q4.Ocupação</b>			
Funcionário público	2(10,0%)	2(6,7%)	0,001 <sup>2</sup>
Desempregado	6(30,0%)	1(3,3%)	
Autônomo	2(10,0%)	17(56,7%)	
Outros	10(50,0%)	10(33,3%)	
<b>Q5.Chefe da família</b>			
Sim	5(25,0%)	7(23,3%)	1,000 <sup>2</sup>
Não	15(75,0%)	23(76,7%)	
<b>Q6.Presença de companheiro</b>			
Sim	4(20,0%)	8(26,7%)	0,740 <sup>2</sup>
Não	16(80,0%)	22(73,3%)	
<b>Q7.Escolaridade</b>			
Analfabeto	1(5,0%)	1(3,3%)	0,067 <sup>2</sup>
Ensino fundamental	14(70,0%)	17(56,7%)	
Ensino médio	3(15,0%)	12(40,0%)	
Ensino superior	2(10,0%)	0(0,0%)	

Fonte: Contador (2016). Nota: <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade. <sup>2</sup>p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 2 temos a prevalência do uso das drogas, segundo o grupo de estudo. Verifica-se que em todas as drogas avaliados houve maior prevalência no grupo albergado:

álcool (100,0%), maconha (75,0%), crack (70,0%), cocaína (60,0%) e outras drogas (60,0%). Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo para a cocaína (p-valor = 0,035) e outras drogas (p-valor = 0,004), indicando que essas drogas são consumidas de forma significativamente maior no grupo de pacientes albergados, enquanto que o uso das demais drogas é semelhante nos dois grupos em estudo.

**Tabela 2 - Prevalência do uso das drogas, segundo o grupo de estudo.**

Droga Consumida	Grupo de estudo		p-valor <sup>1</sup>
	Albergado (n = 20)	Não albergado (n = 30)	
Álcool	20(100,0%)	29(96,7%)	-
Maconha	15(75,0%)	18(60,0%)	0,273
Crack	14(70,0%)	17(56,7%)	0,341
Cocaína	12(60,0%)	9(30,0%)	0,035
Outra	12(60,0%)	6(20,0%)	0,004

Fonte: Comiotto (2016). Nota: <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 3 temos a distribuição do nível de coesão, adaptabilidade e o tipo da família segundo o grupo de estudo. Verifica-se maior prevalência de nível de coesão do tipo desligada tanto no grupo albergado (60,0%) como no grupo não albergado (63,3%). Para a adaptabilidade, a maior prevalência nos dois grupos foi a rigidez (45,0% para os albergados e 60,0% para os não albergados). Acerca do tipo de família, os dois grupos avaliados apresentaram maior prevalência de família com alto risco (55,0% e 56,7%, respectivamente). O teste de homogeneidade não foi significativo nos fatores avaliados (p-valor foi maior do que 0,05), indicando que a distribuição do nível de coesão, adaptabilidade e do tipo da família é semelhante tanto no grupo albergado como no grupo não albergado.

**Tabela 3 - Distribuição do nível de coesão, adaptabilidade e o tipo da família segundo o grupo de estudo**

Fator avaliado	Grupo de estudo		p-valor
	Albergado	Não albergado	
<b>Nível de coesão</b>			
Desligada	12(60,0%)	19(63,3%)	0,821 <sup>1</sup>
Separada	3(15,0%)	3(10,0%)	
Conectada	3(15,0%)	3(10,0%)	
Aglutinada	2(10,0%)	5(16,7%)	
<b>Adaptabilidade</b>			
Rígida	9(45,0%)	18(60,0%)	0,125 <sup>1</sup>
Estruturada	5(25,0%)	4(13,3%)	
Flexível	2(10,0%)	7(23,3%)	
Caótica	4(20,0%)	1(3,3%)	
<b>Tipo da família</b>			
Balanceada	4(20,0%)	4(13,3%)	0,851 <sup>1</sup>
Risco médio	5(25,0%)	9(30,0%)	
Alto risco	11(55,0%)	17(56,7%)	

Fonte: Contador (2016). Nota: <sup>1</sup>p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 4 temos a análise da mediana e da amplitude do intervalo interquartilico segundo o grupo de estudo. Observa-se que em todos os itens de qualidade de vida avaliados, o grupo não albergado apresentou maior mediana do escore de qualidade de vida, inclusive no escore geral. Embora se tenha encontrada maior distribuição do escore de qualidade de vida no grupo de pacientes não albergados, o teste de comparação de distribuição foi significativo nos itens: Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal (p-valor = 0,028), indicando que apenas neste item é onde a distribuição entre os grupos difere de forma relevante. Na qualidade de vida geral, foi observada uma mediana significativamente maior do escore de qualidade de vida no grupo de pacientes não albergados (mediana = 15,5, p-valor = 0,050).

**Tabela 4 - Análise da mediana e intervalo interquartil do escore de qualidade de vida dos pacientes avaliados, segundo o grupo de estudo**

Item avaliado	Grupo de estudo		p-valor <sup>1</sup>
	Albergado	Não albergado	
Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal	2,0 (3,0)	4,0 (4,0)	0,028
As condições da minha vida são excelentes	2,0 (2,0)	3,0 (2,0)	0,185
Estou satisfeito(a) com minha vida	2,0 (3,0)	3,0 (4,0)	0,185
Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida	2,0 (3,0)	3,5 (3,0)	0,080
Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida	1,0 (1,0)	2,0 (2,0)	0,059
GERAL	10,0 (6,0)	15,5 (11,5)	0,050

Fonte: Cabral (2016).

Nota: <sup>1</sup>p-valor do teste de Mann-Whitney se p-valor < 0,05 a distribuição do escore de qualidade de vida difere entre o grupo albergado e não albergado.

## 5 DISCUSSÃO

O aspecto central deste estudo foi analisar o funcionamento familiar do usuário de álcool e outras drogas do CAPS AD III/Regional, localizado na cidade de Arcoverde.

Na tabela 1 evidenciou-se que a média de idade dos pacientes de 18 a 30 anos, é confirmada por outros estudos que também abordaram o perfil sociodemográfico de indivíduos em tratamento da dependência química. Estes estudos apontam que, apesar de a tendência do uso de drogas ser cada vez mais precoce, a procura por tratamento para a reabilitação é característica de indivíduos adultos, em média com 35,2 anos, com faixa predominante de 18 a 41 anos (GUIMARAES et al., 2008; PEIXOTO et al., 2010; SILVA, 2010). O limite mínimo de idade encontrado se justifica devido ao CAPS AD não admitir pacientes com idade inferior a 18 anos, visto que essa clientela dispõe, de acordo com a Portaria/GM nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, do CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), que se destina ao tratamento de crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, para que o atendimento seja direcionado de acordo com as necessidades e características específicas desta faixa etária (BRASIL, 2002).

A renda salarial do grupo estudado do grupo pesquisado foi observada em outros estudos, como o de Zeni, Araújo (2011) onde a média salarial dos participantes de sua pesquisa foi de 1,4 salários mínimos. Estudo de Guimarães et al. (2008), também apontou que a renda familiar da maioria dos entrevistados esteve entre 1,45 salários mínimos. Os sujeitos da pesquisa apresentam baixo poder aquisitivo, mas não podemos afirmar que é algo comum a todos que procuram os serviços, porém este é um perfil comum das amostras dos estudos citados na rede pública.

A maioria dos entrevistados não era o chefe da família e nem possuía companheiro (a), sendo este fato comum, pois se compreende que a convivência com um dependente químico é afetada à medida que o transtorno se agrava, pois as consequências negativas, além de atingirem o usuário, afetam também todos aqueles que são próximos, segundo Monteiro (2011) e Capistrano (2013). No estudo de Botti et al. (2012), os solteiros, estado civil predominante encontrado, (50%) representaram os que nunca casaram ou viveram maritalmente com alguém, são indivíduos cuja vida familiar se caracteriza pela existência de profundos sentimentos de abandono, que passaram por vivências depressivas e com dificuldade para dominar suas ansiedades (RIGOTTO; GOMES, 2002). O nível de estudo da amostra é corroborado por outras pesquisas que demonstram que o envolvimento precoce com

álcool e outras drogas levam a uma maior prevalência de abandono escolar (MARTINS, 2008; PEIXOTO, 2010; MONTEIRO, 2011).

Ainda, observa-se que no grupo albergado a maioria dos pacientes possuem outra ocupação, enquanto que no grupo de pacientes não albergado são autônomos. Zeni, Araújo (2011) realizaram um estudo clínico com 46 sujeitos internos em uma unidade de desintoxicação de um Hospital no Rio Grande do Sul no qual a categoria de autônomos que não eram contribuintes com o INSS apareceu em 42,4% dos casos. Em outro estudo, Oliveira (2011), registrou uma prevalência para a profissão de pedreiro e de serviços gerais devido à vulnerabilidade referente ao baixo grau de escolaridade.

Na tabela 2 verifica-se que em todas as drogas citadas houve maior prevalência no grupo albergado. Segundo Sena (2017), na ótica dos participantes, os prejuízos físicos e psicossociais ocorrem com comprometimento à vida de forma grave, situação que pode despertar no consumidor de drogas a percepção da severidade de sua situação e a necessidade de buscar novas formas de cuidado. Os usuários demonstram a necessidade de se admitir a impotência perante as substâncias para conseguir iniciar o tratamento e se entregar a ele (GABATZ, 2013). Essa percepção de que as drogas afetam todo seu viver de forma negativa provoca sentimentos referentes à consciência dos prejuízos causados pelas drogas, tanto na vida pessoal e familiar quanto na esfera social, do trabalho e na sua própria dimensão moral. As sequelas envolvem as suas economias e lares desfeitos ao pôr em risco os valores morais, a saúde e a ordem pública (CAMPOS, 2000). Entretanto, apesar dos inúmeros prejuízos causados pelo abuso de drogas, os indivíduos relatam que é difícil interromper o seu uso, pois o desejo de consumir a substância é muito forte (CASSOL, 2012). Segundo Alvarez et al. (2012), levar em consideração o conhecimento dos usuários e familiares acerca de sua problemática amplia as possibilidades terapêuticas do grupo, pois direciona as estratégias assistenciais, possibilitando que sejam mais efetivas ajudar o dependente a continuar seu tratamento, servindo de alicerce à sua recuperação.

A análise dos perfis familiares na tabela 3 indica que ambos os grupos, população albergada e a não albergada apresentam, em média, um tipo de família de nível de coesão desligada e adaptabilidade rígida, ou seja, de alto risco. Este perfil é caracterizado por obter pontuações altas nas subescalas mencionadas e pontuações mais baixas nas subescalas aglutinadas; flexível e balanceada. MSchenker e Minayo (2004) trazem que pais de dependentes de drogas têm dificuldade em estabelecer normas e limites para seus filhos, demonstrando, dessa forma, uma inabilidade para criar e educar seus filhos, o que resulta em vínculos familiares precários. As famílias tentam provar que seu funcionamento é perfeito e

que o problema da drogadição tem apenas causas externas, tentando defender-se da culpa e da responsabilidade pela situação (ZACHARIAS et al., 2011). Famílias de doentes toxicodependentes são menos expressivas, e são mais conflituosas. Além disso, nessas famílias a comunicação, expressão afetivas, normas e valores são desajustados (CRAVIDÃO, 2007). O estudo de Rabelo, Caldas Junior (2007) questiona se o consumo de drogas entre os membros da família aumenta a coesão desligada e violência doméstica ou a presença de coesão desligada e de agressão física também aumenta o consumo de substâncias lícitas e ilícitas. A abordagem multifamiliar como intervenção breve na dependência química não entende os problemas familiares como doença, mas como padrões relacionais disfuncionais, assim, foca-se nos recursos e habilidades das famílias para resolução dos problemas (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

Na tabela 04, a qualidade de vida geral demonstrou uma mediana significativamente maior do escore no grupo de pacientes não albergados (mediana = 15,5, p-valor = 0,050). Em alguns casos, os usuários só relatam suas experiências com a droga quando se vem sem saída em diferentes situações. Nos demais, os usuários já admitiam o uso de drogas há algum tempo. Contudo, constata-se na literatura que a manutenção de estreitos laços entre o usuário e sua família, isto é, ele parece manter-se intimamente envolvido com os familiares, apesar do aparente distanciamento e independência, as famílias tentam provar que seu funcionamento é perfeito e que o problema da drogadição tem apenas causas externas, tentando defender-se da culpa e da responsabilidade pela situação (BRASIL, 2004; ZACHARIAS et al., 2011). Comprova-se que uma característica dos dependentes químicos é que os mesmos não concordam em receber ordens, restrições, correções e limites, possivelmente porque não estavam acostumados em sua família a interações com limites claros e diretos na comunicação, dificultando, assim, sua percepção frente a dependência e a necessidade de acompanhamento contínuo (GROISMAN, 2003). Observa-se, assim, que o problema da dependência química é parte do funcionamento familiar, e contribui para a estabilidade desse sistema. A dependência pode aparecer para resolver um conflito que surge no ciclo vital familiar e, conseqüentemente, faz com que a família permaneça nessa mesma etapa do ciclo vital familiar (ORTH; MORÉ, 2008). Segundo Marques Paz e Colossi (2013) a dinâmica familiar parece expressar certa dificuldade de lidar com a proximidade afetiva, sendo preciso um importante conflito para a manutenção da unidade familiar.

## **6 CONCLUSÃO**

Praticamente todos os usuários albergados, como os não albergados, faziam uso do álcool e observou-se um aumento ao acesso de cocaína.

O nível de coesão e adaptabilidade das famílias dos dois grupos pesquisados foi a desligada e a rígida, respectivamente, caracterizando uma família de alto risco.

Quanto à qualidade de vida geral, foi observada uma mediana significativamente maior do escore de qualidade de vida no grupo de pacientes não albergados.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>. Acesso em: 10 out. 2017.
- ALVES, F. M. O Tratamento da drogadição em uma perspectiva psicossocial. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, São João Del-Rei, v. 1, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/FlaviaAlves.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; OLIVEIRA, A. M. N.; XAVIER, D. M. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.102-108, jun. 2012.
- ANDRADE, A. F; GOMES, A. J. S.; MELO, R. I. Família e o uso abusivo de drogas: a precarização das políticas frente ao ideário neoliberal - um olhar a partir do Programa Atitude em Pernambuco, 2017. **Repositorio.ufsc.br** Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180020>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- ALMEIDA, N. D. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. **Psicologia Argumento**, [S. l.], v. 29, n. 66, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20285/19559>. Acesso em: 05 jul. 2018.
- ARAGAO, A. T. M.; MILAGRES, E.; FIGLIE, N. B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico USF**, Itatiba v. 14, n. 1, p. 117-123, abr. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712009000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712009000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 31 ago. 2017.
- BALBINOT, A. D. Processo de desinstitucionalização da prática e desospitalização em hospital psiquiátrico: estudo de caso. **Saúde Debate**, v.36, n. 93, p. 282-9, 2016.
- BOTTI, N. C. L.; COSTA, B. T.; HENRIQUES, A. P. F. Composição e dinâmica das famílias de usuários de crack/Composition and dynamics of families of crack users. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 3, n. 7, p. 93-110, 2012.
- BRANDÃO, G. S. A Criminalização das drogas no Brasil: uma genealogia do proibicionismo. **Revista de Direito**, Viçosa, v. 9, n. 02, p. 87-117, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília. DF, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>. Acesso em: 30 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional Antidrogas. **Política nacional sobre drogas**. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3588**, de 21 de dezembro de 2017.

\_\_\_\_\_. CNDH. **Recomendação nº 03, de 31 de janeiro de 2018**. Recomenda a revogação da Resolução nº 32/17 e da Portaria nº 3.588/17, do Ministério da Saúde, que alteraram a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

BURGIERMAN, D. R. **O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas**. São Paulo: Leya, 2011.

CAMPOS, E. P. Grupos de suporte. In: M. Filho, J. (org.). **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 113-26.

CAPISTRANO, F. C. et al. Impacto social do Uso Abusivo de Drogas para Dependentes Químicos Registrados em Prontuários **Cogitare Enfermagem**, n.18, Julio-eptiembre, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483649281007>. Acesso em: 11 ago. 2017.

CASSOL, P. B. et al. Treatment in a health care operational group: how it is perceived by users of alcohol and other drugs. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 132-138, 2012.

CRAVIDÃO, J. **Dinâmica na Família do Doente Toxicodependente: características, convergências e divergências em relação à dinâmica familiar de indivíduos não consumidores de substâncias psicoativas ilícitas**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

DE MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 971-81, 2009.

DIENER, E. D. et al. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, v. 49, n. 1, p. 71-75, 1985.

DAPIEVE, P. N.; CARDOSO, S. A.; GARCIA DIAS, A. C. Bater não educa ninguém! Práticas educativas parentais coercitivas e suas repercussões no contexto escolar. **Educação e Pesquisa**, n. 38, Outubro-Diciembre, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29824610010>. Acesso em: 22 feb. 2018.

ESCOHOTADO, A. História Elementar das Drogas. Lisboa: Antígona, 2004. citado por MELO, B. C. de A.; ASSUNCAO, J. I. V.; VECCHIA, M. D. Percepções do cuidado aos usuários de drogas por agentes comunitários de saúde\*. **Psicol. Pesq.**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 57-66, dez. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472016000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 ago. 2018.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 7, n. 4, 2000.

FONSECA, E. M. **Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

FONSECA, A. M.; GALDURÓZ, J. C. F.; TONDOWSKI, C. C.; NOTO, A. R. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 743-752, 2007.

GABATZ, R. I. B. et al. Users' perception about drugs in their lives. **Esc. Anna Nery**, v.17, n. 3, p. 520-5, 2013.

GOMIDE, P. **Inventário de estilos parentais – IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GROISMAN, M. **Além do Paraíso: perdas e transformações na família**. Rio de Janeiro: Núcleos Pesquisas, 2003.

GUIMARÃES, T. M. R.; MIRANDA, W. L.; TAVARES, M. M. F. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2009.

GUIMARÃES, C. F.; SANTOS, D. V. V.; FREITAS, R. C.; ARAUJO, R. B. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (RS). **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 30, n. 2, p. 101-8, maio/ago. 2008.

JORGE, M. R.; FRANCA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, mar. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 jul. 2018.

KOUNESKI, E. F. The family circumplex model, FACES II, and FACES III: Overview of research and applications. **Recuperado el**, v. 1, p. 04-09, 2000.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul./set. 2007.

MARQUES PAZ, F.; MANOZZO COLOSSI, P. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, n. 18, oct./dic., 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26130639002>. Acesso em: 11 ago. 2017.

MARTINS, M.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n. 2, p. 293-298, mar./ abr. 2008.

MELLO, M.; BARRIAS, J.; BRENDA, J. **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2001.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* Perfil sócio-demográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- ad do Piauí. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.15, n. 1, p. 90-5, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Brasília: Gráfica Brasil, 2001. p. 58-61.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>. Acesso em: 22 mar. 2018 .

OLIVEIRA, V. C. **Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial: álcool e outras drogas da região metropolitana de Curitiba**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

OLSON, D. H.; SPRENKLE, D. H.; RUSSELL, C. S. Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. **Family Process**, v. 18, n. 1, p. 3-28, 1989.

OLSON, D.; PORTNER, J.; LAVEE, Y. **Family adaptability and cohesion evaluation – Faces III**. N. York: University of Minnesota, St. Paul MN, Department of Family Social Science, 1985.

OLSON, D.; SPRENKLE, D.; RUSSEL, C. **Circumplex model: systemic assessment and treatment of families**. N. York: The Harworth Press, Inc. 1989.

OLSON, D. H. Circumplex model of marital and family systems. **Journal of Family Therapy**, N. York, v. 22, n. 2, p. 144-167, [2003].

OLSON, D. H.; GORALL, D. M. Circumplex model of marital & family systems. In: WALSH, F. (ed.). **Normal family processes**. 3. ed. New York: Guilford, 2003. p. 514-547. Disponível: [http://www.buildingrelationships.com/facesiv\\_studies/circumplex\\_article.pdf](http://www.buildingrelationships.com/facesiv_studies/circumplex_article.pdf). Acesso em: 12 ago. 2017.

ORTH, A. P. da S. et al. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

ORTH, A. P. S.; MORÈ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 55, p. 293-303, 2008.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. [S. l.]: Artmed, 2013.

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Práticas educativas e intervenção com pais: A educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. **Mudanças. Psicologia da Saúde**, v.21, n. 1, p. 29-40, jan.-jun. 2013.

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

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koog. 2005.

RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. de F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200700060001>. Acesso em: 02 jul. 2017.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool Services organization for the treatment of alcohol dependence. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. Supl I, p. 59-62, 2004.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. **Psic. Teor. e Pesq.**, v.18, n.1, p. 95-106, 2002.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicologia Clínica**, v.21, p.363-378, 2009.

SENA, E. L. S. et al. Ambiguidade do cuidado na vivência do consumidor de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, p. 64-345, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64345>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SILVA, L. H. P. et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.14, n. 3, p. 585-90, 2010.

SILVA, A. M. **Desenvolvimento de competência sociais nos adolescentes: perspectiva de prevenção em saúde mental na adolescência.** Lisboa: Climepsi, 2004.

SILVEIRA, I. M. S. C. da. **O processo de territorialização da estratégia saúde da família no bairro Morrinhos-Montes Claros/MG: uma contribuição geográfica.** 2013. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.19, n.1, p.140-7, 2011.

SOUZA, D. R. et al. Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool\ drogas à abordagem de redução de danos. **Journal of Nursing and Health**, n.7, p.16-24, 2017.

TESSARO, D; SCHMIDT, B. Escolha profissional: teoria e intervenções sistêmicas voltadas ao adolescente e à família. **Pensando Fam.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 92-104, jul. 2017. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2017000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 jul. 2018.

ZACHARIAS, D. G. et al. Familiares de usuários do crack: da descoberta aos motivos para o uso da droga. In: JORNADA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA: DESAFIOS ATUAIS NAS PRÁTICAS DA PSICOLOGIA, 4., 2011, Santa Cruz do Sul - SC. **Anais[...]**. Santa Cruz do Sul: UNISC; 2011. p.16-29.

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. Relação entre craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n.1, p. 28-33, 2011.

**ANEXO A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E FLEXIBILIDADE FAMILIAR (FACES III)**

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E FLEXIBILIDADE FAMILIAR (FACES III)

I – IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

NUMERO DO FORMULÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 - Quase nunca; 2 - Raramente; 3 - Às vezes; 4 – Frequentemente; 5 - Quase sempre

DESCREVA SUA FAMÍLIA ATUALMENTE:

- \_\_\_ 1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
- \_\_\_ 2. Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.
- \_\_\_ 3. Aprovamos os amigos que cada um tem.
- \_\_\_ 4. Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.
- \_\_\_ 5. Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.
- \_\_\_ 6. Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.
- \_\_\_ 7. Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.
- \_\_\_ 8. Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.
- \_\_\_ 9. Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.
- \_\_\_ 10. Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.
- \_\_\_ 11. Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.
- \_\_\_ 12. Os filhos tomam as decisões em nossa família.
- \_\_\_ 13. Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.

- \_\_\_ 14. As regras mudam em nossa família.
- \_\_\_ 15. Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família
- \_\_\_ 16. Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.
- \_\_\_ 17. Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.
- \_\_\_ 18. É difícil identificar o(s) líder (es) em nossa família.
- \_\_\_ 19. A união familiar é muito importante.
- \_\_\_ 20. É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.

**POR FAVOR, INDIQUE SEU LUGAR NA FAMÍLIA:**

MÃE \_\_\_ PAI \_\_\_ FILHO \_\_\_ (LEMBRE QUE O FILHO MAIS VELHO

## ANEXO B – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

### ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

#### Instruções

Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7,

indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por

favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

7 = Concordo totalmente

6 = Concordo

5 = Concordo ligeiramente

4 = Nem concordo nem discordo

3 = Discordo ligeiramente

2 = Discordo

1 = Discordo totalmente

1. \_\_\_\_ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.

2. \_\_\_\_ As condições da minha vida são excelentes.

3. \_\_\_\_ Estou satisfeito(a) com minha vida.

4. \_\_\_\_ Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.

5. \_\_\_\_ Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **FUNCIONAMENTO FAMILIAR DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO CAPS ADIII ARCOVERDE REGIONAL**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **JUDICLEIA MARINHO DA SILVA**, residente a Avenida José Bonifácio, 632 apt. 107, São Cristóvão, Arcoverde, PE; CEP 56512-000; Telefone (87) 999192666 (inclusive ligações a cobrar), e-mail: [judicleiam@gmail.com](mailto:judicleiam@gmail.com). e está sob a orientação do Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Junior, Telefone: (81) 999713652, e-mail [caldasjr@alldeia.com.br](mailto:caldasjr@alldeia.com.br), do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Caso este documento contenha informações que o senhor(a) não entenda, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todas as dúvidas forem esclarecidas, caso você concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá problema algum, bem como será possível suspender o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- A pesquisa tem como motivo ajudar na explicação da atuação dos padrões de ligação familiar no consumo de álcool e outras drogas, permitir as famílias e a sociedade em repensarem suas opiniões e preconceitos a fim de se identificarem no ambiente do cuidar sinalizando caminhos de acomodação para melhorar a qualidade de vida da família visando a reintrodução social da pessoa portadora de dependência química. Sendo coletado dados através do questionário FACES III e Escala de Satisfação com a Vida.
- A Presente Pesquisa deverá acontecer no período de fevereiro a maio de 2018 no máximo duas visitas para a pesquisa. Como nesta pesquisa onde o voluntário está em tratamento, assistência, cuidado e acompanhamento, as entrevistas serão realizadas com os usuários no serviço.
- Quanto aos riscos e desconfortos da pesquisa, o modo que será feita a coleta de dados por questionários apresenta riscos ou desconfortos mínimos de origem física,

psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Esses riscos serão evitados com a correta aproximação da pessoa a ser pesquisada e será garantido que seus dados pessoais não serão revelados em nenhum momento da pesquisa e da divulgação dos resultados.

- **Benefícios:** Tendo em vista a importância do assunto e, espera-se com esse estudo poder verificar com clareza a compreensão do funcionamento familiar dos usuários de álcool e outras drogas do CAPS ad Arcoverde, bem como, o abalo na rotina familiar com as mudanças estabelecidas através da presença do álcool e outras drogas no ambiente doméstico.

Todas as informações desta pesquisa serão secretas e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado a discricção sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em (pastas de arquivo; computador pessoal), sob a responsabilidade do (pesquisador: Judicléia Marinho da Silva), no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

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

---

Judicléia Marinho da Silva

**ANEXO D - CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO  
VOLUNTÁRIO (A)**

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **FUNCIONAMENTO FAMILIAR DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO CAPS ADIII ARCOVERDE REGIONAL**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ participante:

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa**

**e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: