

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FELIPE ADONAI PIRES SOARES

**USUÁRIO COM TRANSTORNO PELO USO DE SUBSTÂNCIAS: uma visão
sobre a família**

Porto Alegre

2020

FELIPE ADONAI PIRES SOARES

**USUÁRIO COM TRANSTORNO PELO USO DE SUBSTÂNCIAS: uma visão sobre
a família**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Porto Alegre

2020

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os desafios ao longo desses cinco anos. Ser estudante cotista em uma universidade não é fácil, parece que os obstáculos ficam quatro vezes maiores, precisamos correr atrás de um prejuízo na educação pública defasada, precisamos nos manter financeiramente com uma bolsa com valor irrisório para tal. Todavia, tive apoios de muitas pessoas para que esse sonho se tornasse realidade.

Gostaria de agradecer, primeiramente, a minha mãe, Marli Pires que foi incrível! Não consigo mensurar em palavras do quanto sou grato por tudo que ela fez e faz por mim e pela nossa família. Ela é a verdadeira mulher brasileira, batalhadora e guerreira.

A minha família por sempre que necessário e no que pudessem, estarem sempre disponíveis para me ajudar e acreditar em mim. Um agradecimento em especial para minha tia Tania Pires e meu tio Dilmar que muito me ajudaram nessa caminhada, quando minha mãe não tinha condições.

Gostaria de agradecer a Natália Tuerlinckx que me apoiou e me motivou ao longo desses 5 anos, obrigado por todos os momentos que compartilhamos um com o outro, obrigado por ter sido calma quando eu precisava e por me mostrar que eu podia ser o que eu quisesse.

Às amigas que fiz durante a graduação, Catarina Lindenberg, Jéssica Caroline, Larissa Ampos, Luciana Makarevicz, Lizandra Vieira, Maria Eduarda Torres, Mariana Leffa e Raquel Dalla Lana que me estenderam a mão sempre que precisei, que foram meus ombros amigos, me acolheram, enquanto eu estava longe da minha família e que dia após dia estávamos dando força um para o outro, sem vocês nada disso seria possível, levarei vocês para vida toda.

Ao meu orientador, professor Marcio Wagner Camatta, por todo o seu tempo e atenção dedicados a mim, por ser acolhedor e compreensivo e também exigente quando necessário.

Por fim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra fizeram parte dessa caminhada que me acolheram e me compreenderam em algum momento.

“Vai na fé, se cuida”.

Marli Pires.

RESUMO

Introdução: o relatório sobre drogas da United Nations Office on Drugs and Crime de 2017 estima que cerca de 5% da população adulta mundial faz uso abusivo de drogas. Nesse contexto, as famílias sofrem sérias consequências diante do considerável aumento do consumo de drogas. Na maioria das vezes elas não entendem o processo de adoecimento do usuário. De acordo com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a família é um agente fundamental no processo de saúde do usuário com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Diante do exposto e da relevância do tema, esse estudo se propôs a responder uma questão pouco indagada: Qual é a visão do usuário com TUS sobre a família? **Objetivo:** conhecer a visão de usuários com Transtorno por Uso de Substâncias em tratamento sobre a família. **Métodos:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 14 usuários que fizeram parte de um programa de tratamento para TUS, em um Hospital Universitário de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para a organização e análise dos dados, foi realizado a análise de conteúdo do tipo temática. Esse estudo foi aprovado por um comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** Foram organizadas em três categorias temáticas: Preocupação em sobrecarregar a família, Melhora nas relações familiares com o tratamento e Família como fonte de apoio do usuário. Há uma importante preocupação do usuário em não sobrecarregar a família. Todavia, a família possui um papel relevante para o início e manutenção do tratamento do usuário, servindo muitas vezes como um fator de proteção. **Conclusão:** Apesar das dificuldades vivenciadas com o TUS, a participação da família deve ser considerada em serviços de tratamento, uma vez que esse envolvimento pode servir como importante apoio para vida do usuário.

Descritores: Relações Familiares, Usuários de Drogas, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias e Assistência à Saúde Mental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVO.....	11
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
4	MÉTODO.....	19
4.1	Tipo de estudo.....	19
4.2	Campo de estudo.....	19
4.3	Participantes.....	22
4.4	Coleta de dados.....	22
4.5	Análise dos dados.....	23
4.6	Aspectos éticos.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25
	ARTIGO ORIGINAL.....	28
	ANEXO I - Carta de Autorização de uso de dados.....	48
	ANEXO II - Roteiro de Entrevistas.....	49
	ANEXO III - Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	50
	ANEXO IV - Aprovação do Comitê de ética do HCPA.....	51
	ANEXO V - Aprovação do Comitê de ética da COMPESQ/UFRGS.....	55
	ANEXO VI - Normas da Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.....	56

1 INTRODUÇÃO

Este projeto teve início a partir do interesse e envolvimento com a temática de saúde mental na minha trajetória acadêmica, através da participação em palestras e estudos paralelos ao curso de graduação. Durante esse período colaborei na coleta de dados de um projeto de pesquisa com tema central sobre Familiares de pacientes com transtorno pelo uso de substância (TUS). À época, atuei como aluno de iniciação científica do professor coordenador do projeto.

Essa atual proposta de pesquisa pretende conhecer a visão do usuário com TUS sobre a inclusão dos familiares do tratamento, uma vez que entender esta inserção pode auxiliar equipes de saúde a estruturarem estratégias para proporcionar esta inclusão no cuidado em saúde.

Segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), o consumo excessivo de drogas age diretamente no sistema de recompensa do cérebro, que está ligado no reforço de comportamento e produção de memórias. Essa ativação é intensa e chega ao ponto de atividades normais serem negligenciadas, as drogas ao invés de ativar o sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, elas ativam diretamente as vias de recompensa. Cada droga utiliza um caminho para ativação desse sistema, porém geralmente ativam e produzem sensações de prazer, que são denominadas de “barato” ou “viagem”. Ainda, algumas pessoas com baixo nível de autocontrole, o que pode ser um reflexo de deficiência do mecanismo cerebral de inibição, podem estar predispostas a desenvolver o transtorno pelo uso de substâncias, evidenciando que a origem dos transtornos por uso de substâncias em determinadas pessoas pode ser observada em seus comportamentos antes do início do uso (American Psychiatric Association, 2014).

A United Nations Office on Drugs and Crime (2019) em seu relatório mundial sobre drogas, estima que 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem com o transtorno pelo uso de substâncias e necessitam de tratamento, as estimativas são referente a ano 2017, essa estimativa representa um aumento do número de indivíduos que sofrem com o transtorno, em 2015 o número era de 29,5 milhões que

sofriam com TUS, esses números mostram a relevância e a importância do tema para a Organização Mundial de Saúde e para a população mundial.

De acordo com o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2014) realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) no ano de 2012, foi observado que além de aumentar o número de doses de bebidas alcoólicas consumidas, aumentou-se a frequência e houve elevação da população que experimentou álcool mais cedo.

É incontestável que conviver com um usuário com TUS não é fácil para os familiares, pois é frequente observar que esse usuário, mediante ao efeito da substância, adota uma postura egoísta em razão do seu consumo, sendo comuns os conflitos, como as desavenças que podem culminar em separações e intrigas familiares. Assim, muitas vezes, observa-se que a família está tão doente como o usuário com TUS (NIMTZ et al., 2014).

Existem diversas dimensões que detém o paradigma da atenção psicossocial voltado para familiares de usuários com TUS, sendo elas: históricas, políticas, éticas e técnicas (LIMA; MÂNGIA, 2015).

Historicamente os indivíduos foram reclusos em manicômios e hospitais psiquiátricos, afastados do seu contexto de vida, fragilizando os vínculos afetivos e comunitários e suas relações interpessoais com familiares, gerando violações de direitos humanos básicos para os cidadãos, com a reforma psiquiátrica o cuidado em saúde mental passou a assumir diretrizes de integralidade e intersetorialidade e passou a realizar o cuidado nos territórios socioeconômicos e de vivência dos indivíduos e seus familiares e passou a fazer parte da rotina da família diversas ações de cuidado (LIMA; MÂNGIA, 2015).

De acordo com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), com eixo específico de ações, juntamente com setores profissionais e organizações, a família está contemplada como um agente fundamental de corresponsabilidade no processo de cuidado em saúde, criando assim melhores condições para apoiar os usuários com TUS.

Alguns dos problemas associados ao paciente com TUS, possuem impacto familiar, esses problemas chamam atenção para além da saúde do paciente e fazem parte da dimensão ética do paradigma, é a área: financeira e ocupacional: onde o

paciente muitas vezes acaba largando seu trabalho e prejudicando a saúde financeira da família, formas de obter as substâncias, dívidas com drogas e despesas com tratamento; e vida social: a família acaba se isolando de amigos, teme deixar o paciente sozinho, sente medo de críticas e pré-julgamentos do grupo social e perde a motivação para o lazer (LIMA; MÂNGIA, 2015).

Nas questões técnicas, sobre a perspectiva da integralidade as equipes devem acolher e articular saberes interdisciplinares no atendimento a saúde no contexto da relações com o paciente, família e comunidade, utilizando tecnologias leves que envolvem relações interpessoais e vínculos e leve-duras que estruturam e organizam as ações do profissional (LIMA; MÂNGIA, 2015).

Em um estudo que analisa o impacto social do uso abusivo de drogas, analisou 350 prontuários, desses 54% tiveram problemas relacionados com à família. Os problemas mais encontrados foram a perda de vínculo e a dificuldade de relacionamento com mãe, pai, irmãos ou esposa (CAPISTRANO, 2013).

Deve-se ressaltar que as famílias sofrem sérias consequências diante do considerável aumento do uso de drogas na sociedade. Na maioria das vezes elas não entendem o processo de adoecimento do usuário, não conseguem manejar das atitudes do familiar com TUS e procuram ingenuamente de maneira ansiosa e precipitada uma resolução ágil do problema. Assim, pacientes com TUS, estão predispostos a um quadro patológico que favoreça situações desagradáveis, onde há crises e conflitos em relacionamentos interpessoais tornando difícil o manejo dessas situações entre os familiares (CAPISTRANO, 2013).

Diante do exposto, pela relevância do tema e impacto na saúde dos indivíduos, da sociedade e das famílias que possuem pessoas com TUS, esse estudo se propõe a responder o seguinte questionamento: qual é a visão do usuário com Transtorno pelo Uso de substâncias (TUS) sobre a família?

Espera-se que com esse estudo os profissionais de enfermagem e saúde envolvidos no tratamento de pessoas com TUS tenham um olhar individualizado, respeitando a autonomia, desejos e vontades do paciente, com vistas a proporcionar um cuidado integral e mais eficiente.

2 OBJETIVO

Analisar a visão de usuários com transtorno por uso de substâncias sobre a família.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para apoiar a fundamentação do assunto a ser abordado, foi construída uma contextualização teórica para reflexão acerca da Saúde Pública e o Sistema Único de Saúde, da Reforma Psiquiátrica, das Política Nacional sobre Drogas e de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, bem como literatura científica sobre a família no cuidado ao usuário de drogas e suas relações familiares.

Observa-se que a Constituição Federal Brasileira prevê a saúde como direito do cidadão e dever do estado. E esse direito deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). Essa conquista foi resultado de um movimento que ficou conhecido como movimento “Movimento Sanitarista”, representado por secretários municipais de saúde, trouxeram reivindicações que alimentaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (BRASIL, 2000). As resoluções dessa Conferência deram parâmetros que integraram os inscritos da nossa Constituição de 1988 e foi uma importante luta pela instituição do Sistema Único de Saúde partindo da base da sociedade (BRASIL, 2000).

A 8ª Conferência foi um marco no histórico das conferências, pois foi a 1ª aberta a sociedade, culminou no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), teve um papel importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária e formou a base para a seção “Da Saúde” da constituição de 5 de Outubro de 1988.

Artigo 196, a CF 88 (seção II):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Através da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, o estado fica responsável por criar, acompanhar e executar políticas que garantem a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos no que tange a saúde da população, com os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 1990). O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por toda rede de serviços e ações prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, com administração

direta ou indireta e das fundações mantidas pelos poderes públicos. Cabe a iniciativa privada participar do Sistema de forma complementar (BRASIL, 2000). Em 2001, por intermédio da lei 10.216, deu-se o marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a qual passou a estabelecer proteção dos direitos dessas pessoas com transtornos mentais, incluindo indivíduos com transtornos pelo uso de substâncias, dando a eles atenção integral e psicossocial e redirecionando os métodos de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2001). Esta lei foi uma conquista do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se deu no mesmo momento histórico do “Movimento Sanitarista”, nos meados dos anos 1970, os quais eram favoráveis à transformação dos modos de atenção e de gestão nas práticas de saúde, por meio da saúde coletiva, equidade de oferta de serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Entretanto, a Reforma Psiquiátrica tem narrativa própria, atrelada a conjuntura internacional de transição pela superação da violência asilar. Nos anos de 1970 houve a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico juntamente com o nascimento dos esforços de movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A partir disso, considera-se que o modo de Reforma Psiquiátrica é superior à mera sanção de leis ou conjunto de mudanças de políticas governamentais e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica trata-se de um processo político e social complexo, constituído por atores, instituições e influências de diferentes origens, e que representa diversos territórios do governo federal, estadual e municipal, universidades, serviços de saúde, conselhos associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, movimentos sociais, da opinião pública e do imaginário social (BRASIL, 2005). Esse processo é entendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores sociais e culturais, marcado por tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

No final de Janeiro de 1992, através da Portaria nº 224/92, são estabelecidas diretrizes e normas para o atendimento de saúde mental, mudando totalmente o modelo de assistência previsto, instituindo os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), definindo que são unidades de saúde que contam com uma população adscrita e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários

entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, incluindo ainda, como atividade de assistência ao paciente o atendimento aos familiares.

Já em 2002 através da Portaria nº 366/02 atualizando a portaria anterior, traz os serviços substitutivos e cria a Rede de Atenção Psicossocial que integram o SUS (BRASIL, 2004). Através desta portaria fica reconhecido a complexidade dos CAPS que tem a atribuição de oferecer atendimento diurno a indivíduos que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, em um descrito território disponibilizando cuidados e reabilitação psicossocial, evitando internações, contribuindo para o exercício da cidadania e inclusão social dos usuários e de seus familiares, com o propósito de substituir o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004). Essas legislações são reflexo da construção de um cuidado integral em saúde mental, em que o indivíduo é reconhecido em suas necessidades e demandas, incluindo o seu contexto de relações sociais e familiares.

Os CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário, é lugar de referência e tratamento para indivíduos que sofrem de qualquer tipo de transtornos mentais de que o quadro seja persistente e fundamente sua permanência no dispositivo de saúde que oferece cuidado personalizado e promova saúde (BRASIL, 2004). Ao CAPS compete: prestar serviços diários; supervisionar a atenção a saúde mental na rede básica; regular a porta de entrada da rede de assistência da sua área; coordenar junto com gestor local as atividades de supervisão das unidades hospitalares de sua área; e manter atualizada a listagem de pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental de sua área (BRASIL, 2004).

Na mesma Portaria em todas as modalidades de CAPS: CAPS I, II e III, CAPS i II e CAPS ad II, é ressaltada a importância do atendimento aos familiares dos usuários do serviço como uma das atividades assistenciais do CAPS, usando o CAPS como o principal instrumento de integração do paciente na comunidade e inserção familiar e social. O CAPS ad é um serviço especializado no atendimento de pessoas com TUS, sendo a porta de entrada para o atendimento e acompanhamento, além é claro de toda a Rede de Atenção Psicossocial, Unidade de Saúde (UBS e ESF), Consultório na rua e Unidade de Acolhimento.

Em 23 de dezembro de 2011, através da Portaria 3.088, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a finalidade de ampliação e articulação de

pontos de saúde para atenção à saúde das pessoas com sofrimento psíquico e TUS. A portaria define diretrizes para funcionamento da rede, seus objetivos gerais e específicos e quais são os componentes da RAPS, incluindo inclusive, Centros de Convivência e Atenção Residencial de Caráter Transitório.

No entanto, em 2017 a Portaria 3.588 de 2017, inclui outros serviços nesta rede, voltando com Hospital Psiquiátrico Especializado, inclusão de Unidades Ambulatoriais Especializadas e Hospital Dia, além do fortalecimento de comunidades terapêuticas e criação do CAPS AD IV que tem como pré-requisito ser implantado em locais onde acontecem cenas de uso, as chamadas “cracolândias”, com funcionamento 24h, 7 dias por semana, incluindo feriados e finais de semana, ofertando serviços de urgência e emergência e com leitos de observação.

Em 2003, o Ministério da Saúde, para garantir a Universalidade e integralidade, que são princípios do SUS, divulga a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que foi gerada para guiar ações voltadas para especificamente para essa população (BRASIL, 2003)

Essa política ressalta a importância de ações com todas as instâncias do SUS, a fim de construir uma política que engloba a prevenção, tratamento e educação dos indivíduos com transtorno pelo uso de substâncias (BRASIL, 2003). Passando a considerar que essa população necessita de cuidados biopsicossociais, levando em consideração que é um problema que envolve a integralidade do indivíduo, passando a pensar na família como componente do cuidado (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, determina a importância de prevenção, promoção e proteção à saúde dos indivíduos com transtorno pelo uso de substâncias; o modelo de atenção: CAPS e redes assistenciais; e o controle de entorpecentes, para a realização da atenção integral aos usuários de drogas (BRASIL, 2003).

Cabe destacar que o Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, estabelece que a família como parte da rede, havendo uma necessidade de diálogo entre profissionais e organizações com a família em programas oferecidos a esses indivíduos e também deve-se oferecer cuidado a esses familiares (BRASIL, 2003).

Assim todos os programas e cuidados devem considerar as necessidades e potenciais de cuidado da família, formando uma rede de cuidados para o atendimento integral ao paciente.

Com o mesmo intuito em 2005 foi lançada a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005), ressaltando que os indivíduos com TUS devem possuir o tratamento na rede de atenção psicossocial e coloca a prevenção como intervenção para esse problema social, sendo ela mais eficaz e com menor custo para o estado. Essa política também direciona o tratamento com foco na redução de danos, respeitando a individualidade e apontando estratégias de prevenção de agravos à saúde, proporcionando qualidade de vida e saúde.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, mais de 3 milhões de pessoas morreram por fazerem uso nocivo de álcool em 2016, isso representa 1 em 20 mortes, mais de três quartos dessas mortes ocorreram entre homens, o uso nocivo de álcool causa mais de 5% da carga global de doenças (OPAS-OMS, 2018).

O TUS e as condições de saúde relacionados são os principais problemas de saúde pública, sendo o uso de substâncias psicoativas responsável por mais de 450.000 mortes por ano. Além disso, as doenças atribuíveis às drogas é responsável por cerca de 1,5% da carga global de doenças e o uso de drogas injetáveis responde a cerca de 30% das infecções por HIV fora da África sub-sahariana (OMS, 2019).

O uso e abuso de álcool avança de forma lenta para a cronificação o que acaba acarretando em diversos problemas no processo de saúde-doença do usuário, da família e da sociedade. Partindo desse ponto de vista, conseguimos entender que os efeitos psicológicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos do uso abusivo e da dependência causam prejuízo incontáveis, gerando ônus direto para o usuário, assim como para os familiares, incluindo as incapacidades biopsicossociais que se instalam (MIRANDA, 2006).

Quanto ao aspecto familiar, vale destacar que as famílias possuem uma dinâmica e organização própria, baseado na disposição de afetos, acarretando no espaço doméstico um complexo dinamismo de disputa, é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, quem transmite valores, costumes e que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas (BRASIL, 2002). Define-se

família o grupo de pessoas com vínculos afetivos, com consanguinidade ou de convivência (BRASIL, 2002).

Portanto, necessita-se entender a família como uma estrutura que modifica segundo contextos sociais, culturais e históricos e é considerável o papel da família nuclear, baseada em poucos indivíduos e adicionada a convivência com os limites do espaço doméstico compartilhado, famílias contemporâneas fundamenta-se na privacidade, espaço restrito de relações pessoais afetiva, onde o número de participantes e seus laços foram restringidos (BRASIL, 2002).

Observa-se ainda que há várias formas de organização familiar, sendo algumas delas constituídas de famílias monoparentais (quando apenas um dos pais assume a responsabilidade pela criação dos filhos), reconstruídas (onde um dos membros tem filho de outra relação), de união estável, os casais do mesmo sexo, famílias tradicionais e por fim uma criança pode ter pais biológicos e pais sociais, entre outras (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a família vivencia, no seu cotidiano, inúmeros problemas no indivíduo com TUS em relação às suas responsabilidades, deixando de ter credibilidade dentro do teu grupo familiar. Frequentemente isso ocasiona o rompimento de laços de confiança na relação intrafamiliar.

Uma família que possui um membro com TUS altera todo seu cotidiano, e isso requer uma reorganização dessas famílias, pois elas necessitam dedicar mais tempo e atenção a esse familiar-usuário, visto que o mesmo acaba necessitando de uma maior dedicação e cuidados (SOCCOL, et al. 2014). Esses cuidados vão de cuidados básicos do dia-a-dia como alimentação, repouso e higiene, devido a desorganização no espaço-tempo do familiar com TUS ao decorrer do dia, até cuidados mais complexos como relações interpessoais, administração de medicação, manejo de agressividade e fissura. Assim, esta família acaba vivenciando o retrocesso do indivíduo com relação às suas responsabilidades, deixando de acreditar na sua autonomia e rompendo a confiança das relações intrafamiliares (SOCCOL, et al. 2014).

Segundo o Levantamento Nacional de Famílias de Dependentes Químicos (LENAD, 2014), o problema com TUS está entre as maiores responsáveis pela

morte e perda prematura de vidas saudáveis e produtivas nas Américas, o que causa um impacto social, econômico e de saúde pública dessas nações.

Entretanto, esses dados não levam em consideração todas as extensões do TUS, como o sofrimento da família, pois sabe-se que a experiência vivida pelas famílias com usuários de drogas são problemáticas nos aspectos físicos, financeiro, nas relações interpessoais e sociais, causando também sentimentos negativos como tensão, estresse, preocupação, estigma, raiva e culpa (LENAD FAMÍLIA, 2014).

Levando em consideração o contexto das políticas e portarias referentes à Saúde Mental e a saúde do paciente com TUS, aos impactos existentes na sociedade, na família e na própria vida do indivíduo, deve-se ressaltar a importância de um olhar mais atento para o tratamento e o modo de pensar a saúde pública e as políticas voltadas para esses indivíduos e suas famílias.

4 MÉTODOS

Os dados utilizados neste subprojeto de pesquisa são derivados de um recorte do banco de dados de um projeto maior intitulado “Percepção de usuários acerca da influência de um programa de tratamento em adição sobre os aspectos de vida”. Este recorte possui a aprovação do coordenador da pesquisa para utilizar os dados coletados, oportunizando o desenvolvimento deste estudo (ANEXO A).

Esta atual proposta de projeto de pesquisa busca conhecer a visão dos pacientes com transtornos pelo uso de substância sobre a inclusão de seus familiares no tratamento.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A abordagem qualitativa tem como objetivo responder a questões não mensuráveis como motivos, valores, pensamentos e significados (MINAYO, 2011).

A pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com problema, desenvolvendo, esclarecendo e modificando conceitos e ideias e possui o objetivo proporcionar uma visão geral, aproximando acerca de determinado fato (GIL, 2008).

Já a pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo a descrição das características da população e uma característica bastante presente é o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação (GIL, 2008).

4.2 Campo de estudo

O estudo mencionado anteriormente foi realizado no ambulatório de adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde os pacientes ficam vinculados após a internação para o tratamento do TUS. A combinação dos serviços de internação e do ambulatório formam um programa de tratamento alinhados por um trabalho com

equipe multidisciplinar para promoção de saúde e reinserção do paciente na sociedade.

Optou-se por realizar a pesquisa neste campo por este serviço fazer parte de um Centro Colaborador o qual tem por objetivo o desenvolvimento de um modelo integrativo de atendimento a pacientes em nível ambulatorial e internação, de forma articulada a outros dispositivos da rede de saúde e serviços de reinserção social, totalmente incorporados a uma estrutura funcional de ensino e pesquisa. (HCPA, 2014).

Na ocasião da coleta de dados o ambulatório atendia aproximadamente 110 pacientes, entre eles, homens, mulheres, crianças e adolescente. Esta mesma equipe participava dos rounds da internação, e realizava o gerenciamento de casos dos pacientes do ambulatório. O Ambulatório realizava atendimentos individuais e em grupo como: grupos de práticas corporais, grupo multifamiliar, grupo de tabagismo, grupo de acolhimento e grupo de prevenção de recaída.

O Ambulatório funcionava de segunda a sexta-feira das 8 às 18:30h e contava com uma estrutura de equipe multiprofissional para realizar atendimento e cuidado integral ao usuário de drogas. Esta equipe era composta por psiquiatra, enfermeira, técnicas de enfermagem, psicóloga, assistentes sociais, profissional da Educação Física, Estagiários de Graduação, Residentes de Psiquiatria, Residentes Multiprofissionais.

O Programa de tratamento apoiava-se na Política Nacional de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas. O serviço podia ser acessado pelos pacientes após a sua alta da unidade de internação Álvaro Alvim, por consultoria interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e por encaminhamentos da rede de serviços de saúde de Porto Alegre, através da central de marcação de consultas regulada pelo município.

O objetivo do programa era promover a melhora clínica/psiquiátrica de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como reduzir os danos decorrentes da relação com seu uso e trabalhar na lógica do princípio da integralidade, fomentando assim um processo de reinserção social, assim como diagnosticar e tratar patologias clínicas e psiquiátricas que acompanham o quadro de dependência química. Realizar um cuidado respeitando

as singularidades dentro de um cuidado integral, a fim de buscar uma melhora na qualidade de vida dos usuários, bem como, articulando ações junto à rede intersetorial, buscando um trabalho que identifique as potencialidades de cada território; encaminhar e acompanhar os usuários a outros serviços da rede intersetorial, visando abrangência de aspectos culturais, de trabalho, educação e saúde.

Para o ingresso no ambulatório era necessário ter 12 anos de idade ou mais, ser usuário de álcool e/ou outras drogas, ter motivação/disponibilidade para participar das modalidades terapêuticas oferecidas pelo programa do ambulatório, morar em territórios do município de Porto Alegre, não possuírem referência específica de Serviços Especializados em Álcool e outras Drogas. Há possibilidade de exceções deste critério, conforme discussão e deliberação em equipe Multiprofissional. Os pacientes que seguiram tratamento no Ambulatório e estavam internados da Unidade de Internação poderiam seguir diretamente com os residentes de psiquiatria, assim como iniciar os atendimentos com Gerente de Caso e demais profissionais do ambulatório.

Já a unidade de internação em adição masculina, na ocasião da coleta de dados possuía 20 leitos públicos e recebia pacientes adultos, encaminhados das duas emergências psiquiátricas públicas do município (Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e do IAPI), regulados pela central de leitos da secretaria municipal de saúde, sendo as internações majoritariamente voluntárias. O objetivo do tratamento estava voltado para usuários de crack e de outras drogas com vistas a uma melhor adesão ao programa terapêutico na internação, continuando no pós-alta com a aproximação e tratamento da família.

A internação é do tipo voluntária e não possui limite mínimo ou máximo de dias de internação. Para a decisão do tempo de internação era realizada avaliação pelas equipes durante os rounds efetuadas duas vezes por semana. Para o ingresso no grupo de reabilitação sempre era respeitado o desejo do paciente.

A alta era programada, sendo o paciente encaminhado para continuidade do tratamento no serviço de referência, conforme seu território, podendo ser encaminhado para o CAPS, Comunidade Terapêutica, para o Ambulatório da Álvaro Alvim ou outro serviço de saúde da rede de atenção.

4.3 Participantes

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, entre abril e agosto de 2015, com 14 pacientes que estiveram no programa de tratamento. Essa seleção dos participantes foi intencional, pela observação e participação nos grupos e assembleias realizados no Ambulatório em Adição, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os participantes da pesquisa atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) Usuário de substância com TUS em tratamento no ambulatório há pelo menos um mês; b) Ter tido a última internação na unidade de adição do HCPA; c) Ser do sexo masculino; d) Ter 18 anos ou mais; e) Possuir condições de verbalização.

Como critérios de exclusão: a) Apresentar condição clínica que impossibilite a entrevista (por exemplo, déficit cognitivo conforme avaliação da equipe); b) Estar intoxicado no momento da coleta.

O número de participantes se deu pelo critério de saturação de dados, totalizando 14 usuários. Segundo Minayo (2017), a amostra modelo é a que representa, em quantidade e intensidade, as diversas facetas de determinado fenômeno e almeja a qualidade das ações e interações ao decorrer de todo o processo. Portanto, deve-se preocupar com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, não sendo o critério numérico fator principal neste tipo de estudo.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi feita por meio de um roteiro de entrevista que explorou os aspectos de vida dos usuários conforme descrito em Formigoni (2014). Os aspectos de vida abordados foram o pessoal, o familiar, o funcional, o econômico-financeiro, o sociocomunitária e o espiritual. Nesta atual proposta de estudo tem-se por interesse foi o item que tratou dos aspectos familiares – suas relações e possíveis influências no tratamento do usuário.

A entrevista permite uma interação entre entrevistado e entrevistador, possibilitando a coleta de informações fundamentadas no discurso dos entrevistados (MATHEUS, 2006). Desta maneira, pretendeu-se descobrir os significados atribuídos

pelos entrevistados sobre a influência de um programa de tratamento em suas vidas seguindo roteiro (ANEXO B) elaborado com a finalidade de abordar os aspectos de vida que os entrevistados perceberam que sofreram influência a partir do programa de tratamento em que estão inseridos.

A entrevista semi-estruturada permite ao entrevistador maior liberdade, trazendo novas interrogativas no decorrer da entrevista, por meio de perguntas abertas, oportunizando ao entrevistado expor sua percepção acerca do objeto de estudo, facilitando desta maneira a relação entre entrevistado e entrevistador. Ao aceitar participar da pesquisa, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO C), o qual foi igualmente assinado pela pesquisadora, sendo entregue uma cópia para o entrevistado. As entrevistas foram gravadas em gravador de voz digital e posteriormente foram transcritas integralmente para análise.

A coleta das informações somente deu início após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Após sua aprovação foi realizada a coleta dos dados nos consultórios do Ambulatório de Adição, em horário e dia que foram combinados com os participantes selecionados e de acordo com a disponibilidade das salas. A coleta não ofereceu prejuízo ao tratamento dos usuários, pois não foram realizadas em horários de atendimento dos usuários com profissionais do serviço.

Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, sendo realizada uma entrevista piloto para testar a aplicação do roteiro de entrevista, sendo necessário ajustar roteiro de pesquisa inicial em uma das questões de entrevista. Após esta alteração, as entrevistas puderam ser conduzidas de forma a responder à questão de pesquisa proposta originalmente.

4.5 Análise dos dados

A partir das narrativas dos usuários participantes do estudo os aspectos sobre a inclusão da família e suas possíveis influências do tratamento serão analisadas nesta atual Trabalho de Conclusão de Curso, uma vez que este tema não tenha sido explorado anteriormente. Essa análise de dados será feita através de análise de conteúdo, do tipo temática, segundo Bardin (2011), a qual está organizada em três

etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a Inferência e a interpretação.

- a) Pré-análise: é a fase de organização, de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, para conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das etapas seguintes.
- b) Exploração do Material: trata-se de uma fase longa e cansativa que consiste em codificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas. Realiza-se a análise propriamente dita e a administração sistemática das decisões tomadas anteriormente.
- c) Tratamento dos resultados obtidos: Nessa etapa final os resultados outrora brutos passam a ser significativos (falantes) e válidos, permitem criar quadro de resultados, diagramas, figuras e modelos aos quais condensam e põem em destaque as informações fornecidas na análise.

4.6 Aspectos Éticos

A coleta das informações teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob CAEE: 40830914.9.0000.5327 em março de 2015, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido de cada participante. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para a análise.

Respeitando o sigilo e anonimato dos entrevistados, estes serão codificados utilizando-se a letra “P” seguido pelo número correspondente a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Nessa atual proposta o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (Compesq) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número nº38758 (ANEXO E).

REFERÊNCIAS

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) –2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

Association Amerycan Psyquiatric. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais DSM-IV**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 481p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço** / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. **Conselho Nacional Antidrogas**. (2005). Resolução no3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas/Ministério da Saúde/Secretaria Executiva**. - Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.**Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988

BRASIL. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. . [S.I.], Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>

BRASIL. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. . [S.I.], Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

BRASIL. **Portaria nº 3588**, de 21 de dezembro de 2017. . [S.I.], Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 95-102p.

CAPISTRANO, F.C et al. **IMPACTO SOCIAL DO USO ABUSIVO DE DROGAS PARA DEPENDENTES QUÍMICOS REGISTRADOS EM PRONTUÁRIOS**. Cogitare Enfermagem, vol. 18, núm. 3, julho-setiembre, 2013, pp. 468-474 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil

FORMIGONI, M. L. de S.O **Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias: módulo 7**. – 5. Ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento/ coordenação [da] 2014. 148p

Gil, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, Helton Alves de; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. **Estratégias grupais voltadas aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas: uma revisão narrativa**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [s.l.], v. 26, n. 2, p.294-300, 4 set. 2015. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p294-300>. (<https://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/97888/101768>)

MATHEUS, M.C.C; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1 ed. São Paulo, Livraria Médica Paulista, 2006

MINAYO, M.C.S (Org.) **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis; Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS**. Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo (sp), v. 7, n. 5, p.02-12, abr. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.; AZEVEDO, D. M.; COSTA, S. S. **O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar**. Revista Eletrônica

de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 222 - 232, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm

NIMTZ, Miriam Aparecida et al. **IMPACTO DO USO DE DROGAS NOS RELACIONAMENTOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS**. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 4, n. 19, p.667-672, 2014.

SOCOL, Keity Laís Siepmann et al. O COTIDIANO DAS RELAÇÕES FAMILIARES COM INDIVÍDUO DEPENDENTE QUÍMICO. **Cogitare Enfermagem**, Santa Maria, v. 19, n. 1, p.116-122, mar. 2014

World Drug Report 2019 (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8). Disponível em:< https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019_-3-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html> Acesso em: 14/02/2020.

World Health Organization. **Substance abuse**. WHO, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5763:uso-nocivo-de-alcool-mata-mais-de-3-milhoes-de-pessoas-a-cada-ano-homens-sao-a-maioria&Itemid=839 Acesso em: 14 jul. 2019.

ARTIGO ORIGINAL

Segundo normas da Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (ANEXO F)

Felipe Adonai Pires Soares¹

Marcio Wagner Camatta ²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS – Brasil.

E-mail: adonailipe@gmail.com

Telefone: 55 51 997151516

Endereço: Avenida João Pessoa, no 41, Porto Alegre, RS - Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem,

Departamento de Assistência e Orientação Profissional (DAOP).

Porto Alegre, RS – Brasil.

A visão do usuário com transtorno pelo uso de substância em tratamento sobre a família

Resumo

Objetivo: conhecer a visão de usuários com Transtorno por Uso de Substâncias em tratamento sobre a família. **Métodos:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. *Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, entre abril e agosto de 2015, com 14 usuários que fizeram parte de um programa de tratamento para TUS, em um Hospital Universitário de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para a organização e análise dos dados, foi realizado a análise de conteúdo do tipo temática. Esse estudo foi aprovado por um comitê de ética em pesquisa.* **Resultados:** Foram organizadas em três categorias temáticas: Preocupação em sobrecarregar a família, Melhora nas relações familiares com o tratamento e Família como fonte de apoio no do usuário. Há uma importante preocupação do usuário em não sobrecarregar a família. Todavia, a família possui um papel relevante para o início e manutenção do tratamento do usuário, servindo muitas vezes como um fator de proteção. **Conclusão:** Apesar das dificuldades vivenciadas

com o TUS, a participação da família deve ser considerada em serviços de tratamento, uma vez que esse envolvimento pode servir como importante apoio para vida do usuário.

Descritores: Relações Familiares; Usuários de Drogas; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Assistência à Saúde Mental.

La visión del usuario con trastorno por uso de sustancias bajo tratamiento en la familia

Resumen

Objetivo: *conocer la opinión de los usuarios con trastorno de uso de sustancias en la familia.*

Métodos: *este es un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo. Para la recopilación de datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas entre abril y agosto de 2015, con 14 usuarios que formaban parte de un programa de tratamiento para TUS, en un Hospital Universitario de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. análisis de datos, se realizó un análisis de contenido temático. Este estudio fue aprobado por un comité de ética de investigación.*

Resultados: *se organizaron en tres categorías temáticas: Preocupación por sobrecargar a la familia, mejorar las relaciones familiares con el tratamiento y la familia como fuente de apoyo para el usuario. Hay una preocupación importante del usuario por no sobrecargar a la familia. Sin embargo, la familia tiene un papel relevante en iniciar y mantener el tratamiento del usuario, a menudo sirve como factor de protección. Conclusión: a pesar de las dificultades experimentadas con TUS, la participación familiar debe considerarse en los*

servicios de tratamiento, ya que esta participación puede servir como un apoyo importante para la vida del usuario.

Descritores: Relações Familiares; Usuários de Drogas; Transtornos relacionados ao Uso de Substâncias; Assistência à Saúde Mental.

The view of the user with substance use disorder under treatment on the family

Abstract

Objective: *to know the view of users with Substance Use Disorder on the family. Methods:* *this is a qualitative, exploratory-descriptive study. For data collection, semi-structured interviews were conducted between April and August 2015, with 14 users who were part of a treatment program for TUS, at a University Hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. data analysis, thematic content analysis was performed. This study was approved by a research ethics committee. Results:* *They were organized into three thematic categories: Concern about overloading the family, Improvement in family relationships with treatment and Family as a source of support for the user. There is an important concern of the user in not overloading the family. However, the family has a relevant role in the initiation and maintenance of the user's treatment, often serving as a protective factor. Conclusion:* *Despite the difficulties experienced with TUS, family participation should be considered in treatment services, since this involvement can serve as an important support for the user's life.*

Descriptors: Family Relationships; Drug Users; Disorders Related to or Use of Substances; Assistance to Mental Health.

Introdução

Esse estudo pretende conhecer a visão do usuário com TUS sobre a inclusão dos familiares do tratamento, uma vez que entender esta inserção pode auxiliar equipes de saúde a estruturarem estratégias para proporcionar esta inclusão no cuidado em saúde.

Segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), o consumo excessivo de drogas age diretamente no sistema de recompensa do cérebro, que está ligado no reforço de comportamento e produção de memórias. Essa ativação é intensa e chega ao ponto de atividades normais serem negligenciadas, as drogas ao invés de ativar o sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, elas ativam diretamente as vias de recompensa. Cada droga utiliza um caminho para ativação desse sistema, porém geralmente ativam e produzem sensações de prazer, que são denominadas de “barato” ou “viagem”. Ainda, algumas pessoas com baixo nível de autocontrole, o que pode ser um reflexo de deficiência do mecanismo cerebral de inibição, podem estar predispostas a desenvolver o transtorno pelo uso de substâncias, evidenciando que a origem dos transtornos por uso de substâncias em determinadas pessoas pode ser observada em seus comportamentos antes do início do uso.¹

A United Nations Office on Drugs and Crime em seu relatório mundial sobre drogas, estima que 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem com o transtorno pelo uso de substâncias e necessitam de tratamento, as estimativas são referente a ano 2017, essa estimativa representa um aumento do número de indivíduos que sofrem com o transtorno, em 2015 o número era de 29,5 milhões que sofriam com TUS, esses números mostram a relevância e a importância do tema para a Organização Mundial de Saúde e para a população mundial.²

De acordo com o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) no ano de 2012, foi observado que além de aumentar o número de doses de bebidas alcoólicas consumidas, aumentou-se a frequência e houve elevação da população que experimentou álcool mais cedo.³

É incontestável que conviver com um usuário com TUS não é fácil para os familiares, pois é frequente observar que esse usuário, mediante ao efeito da substância, adota uma postura egoísta em razão do seu consumo, sendo comuns os conflitos, como as desavenças que podem culminar em separações e intrigas familiares. Assim, muitas vezes, observa-se que a família está tão doente como o usuário com TUS.⁴

Existem diversas dimensões que detém o paradigma da atenção psicossocial voltado para familiares de usuários com TUS, sendo elas: históricas, políticas, éticas e técnicas.⁵

Historicamente os indivíduos foram reclusos em manicômios e hospitais psiquiátricos, afastados do seu contexto de vida, fragilizando os vínculos afetivos e comunitários e suas relações interpessoais com familiares, gerando violações de direitos humanos básicos para os cidadãos, com a reforma psiquiátrica o cuidado em saúde mental passou a assumir diretrizes de integralidade e intersetorialidade e passou a realizar o cuidado nos territórios socioeconômicos e de vivência dos indivíduos e seus familiares e passou a fazer parte da rotina da família diversas ações de cuidado.⁵

De acordo com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, com eixo específico de ações, juntamente com setores profissionais e organizações, a família está contemplada como um agente fundamental de corresponsabilidade no processo de cuidado em saúde, criando assim melhores condições para apoiar os usuários com TUS.⁶

Alguns dos problemas associados ao paciente com TUS, possuem impacto familiar, esses problemas chamam atenção para além da saúde do paciente e fazem parte da dimensão ética do paradigma, é a área: financeira e ocupacional: onde o paciente muitas vezes acaba largando seu trabalho e prejudicando a saúde financeira da família, formas de obter as substâncias, dívidas com drogas e despesas com tratamento; e vida social: a família acaba se isolando de amigos, teme deixar o paciente sozinho, sente medo de críticas e pré-julgamentos do grupo social e perde a motivação para o lazer.⁵

Nas questões técnicas, sobre a perspectiva da integralidade as equipes devem acolher e articular saberes interdisciplinares no atendimento a saúde no contexto da relações com o paciente, família e comunidade, utilizando tecnologias leves que envolvem relações interpessoais e vínculos e leve-duras que estruturam e organizam as ações do profissional.⁵

Em um estudo que analisa o impacto social do uso abusivo de drogas, analisou 350 prontuários, desses 54% tiveram problemas relacionados com à família. Os problemas mais encontrados foram a perda de vínculo e a dificuldade de relacionamento com mãe, pai, irmãos ou esposa.⁷

Deve-se ressaltar que as famílias sofrem sérias consequências diante do considerável aumento do uso de drogas na sociedade. Na maioria das vezes elas não entendem o processo de adoecimento do usuário, não conseguem manejar das atitudes do familiar com TUS e procuram ingenuamente de maneira ansiosa e precipitada uma resolução ágil do problema. Assim, pacientes com TUS, estão predispostos a um quadro patológico que favoreça situações desagradáveis, onde há crises e conflitos em relacionamentos interpessoais tornando difícil o manejo dessas situações entre os familiares.⁷

Diante do exposto, pela relevância do tema e impacto na saúde dos indivíduos, da sociedade e das famílias que possuem pessoas com TUS, esse estudo se propõe a responder o

seguinte questionamento: qual é a visão do usuário com Transtorno pelo Uso de Substâncias (TUS) sobre família?

Espera-se que com esse estudo os profissionais de saúde e da enfermagem envolvidos no tratamento de pessoas com TUS tenham um olhar individualizado, respeitando a autonomia, desejos e vontades do paciente, levando em consideração a visão que ele possui sobre a família no processo de tratamento, com vistas a proporcionar um cuidado integral e mais eficiente.

Métodos

Os dados utilizados neste subprojeto de pesquisa são derivados de um recorte do banco de dados de um projeto maior intitulado “Percepção de usuários acerca da influência de um programa de tratamento em adição sobre os aspectos de vida”. Este recorte possui a aprovação do coordenador da pesquisa para utilizar os dados coletados, oportunizando o desenvolvimento deste estudo.

Esta atual proposta de projeto de pesquisa busca conhecer a visão dos usuários com transtornos pelo uso de substância sobre seus familiares.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A abordagem qualitativa tem como objetivo responder a questões não mensuráveis como motivos, valores, pensamentos e significados.⁸

O estudo mencionado anteriormente foi realizado no ambulatório de adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde os pacientes ficam vinculados após a internação para o tratamento do TUS. A combinação dos serviços de internação e do ambulatório formam um programa de tratamento alinhados por um trabalho com equipe multidisciplinar para promoção de saúde e reinserção do paciente na sociedade.

Optou-se por realizar a pesquisa neste campo por este serviço fazer parte de um Centro Colaborador o qual tem por objetivo o desenvolvimento de um modelo integrativo de atendimento a pacientes em nível ambulatorial e internação, de forma articulada a outros dispositivos da rede de saúde e serviços de reinserção social, totalmente incorporados a uma estrutura funcional de ensino e pesquisa.

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, entre abril e agosto de 2015, com 14 pacientes que estiveram no programa de tratamento. Essa seleção dos participantes foi intencional, pela observação e participação nos grupos e assembleias realizados no Ambulatório em Adição, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os participantes da pesquisa atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) Usuário de substância com TUS em tratamento no ambulatório há pelo menos um mês; b) Ter tido a última internação na unidade de adição do HCPA; c) Ser do sexo masculino; d) Ter 18 anos ou mais; e) Possuir condições de verbalização. Como critérios de exclusão: a) Apresentar condição clínica que impossibilite a entrevista (por exemplo, déficit cognitivo conforme avaliação da equipe); b) Estar intoxicado no momento da coleta.

O número de participantes se deu pelo critério de saturação de dados, totalizando 14 usuários. Segundo Minayo, a amostra modelo é a que representa, em quantidade e intensidade, as diversas facetas de determinado fenômeno e almeja a qualidade das ações e interações ao decorrer de todo o processo. Portanto, deve-se preocupar com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, não sendo o critério numérico fator principal neste tipo de estudo.⁹

A partir das narrativas dos usuários participantes do estudo os aspectos sobre a inclusão da família e suas possíveis influências do tratamento serão analisadas nesta atual Trabalho de Conclusão de Curso, uma vez que este tema não tenha sido explorado

anteriormente. Essa análise de dados será feita através de análise de conteúdo, do tipo temática, segundo Bardin, a qual está organizada em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a Inferência e a interpretação.¹⁰

A coleta das informações teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob número de CAAE: 40830914.9.0000.5327 em março de 2015, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido de cada participante. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para a análise. Respeitando o sigilo e anonimato dos entrevistados, estes serão codificados utilizando-se a letra “P” seguido pelo número correspondente a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Nessa atual proposta o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (Compesq) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número nº38758 (ANEXO E).

Resultado e Discussões

Ao todo foram realizadas 14 entrevistas, destes, todos eram homens, a maioria possuía idade acima de 40 anos, eram solteiros ou divorciados, com filhos e nove possuíam ensino fundamental completo. Em relação à principal fonte de renda, seis recebiam benefício previdenciário, seis estão empregados/ autônomos e dois não possuíam renda própria. Nos depoimentos, puderam-se identificar três categorias empíricas: preocupação em sobrecarregar a família, expectativas e conquistas com o tratamento e fonte de apoio no cotidiano e no tratamento.

Preocupação em sobrecarregar a família

Alguns usuários com TUS consideram que sobrecarregam as suas famílias, referindo-se como um problema ou um fardo. Eles demonstram, em seus depoimentos, uma

grande preocupação em atrapalhar a rotina de vida dos familiares, como evidenciadas nas falas a seguir: *Transtorno para ela, por que ela estuda, também tem horário tal, então uma série de coisas, então eu não quero que ela deixe das obrigações, dos negócios dela por mim, entende? (P2); Tá vendo que não tem como. De repente a pessoa vai sacrificar um lado dela ali e se atrapalhar, para não dizer um não (P8).*

Um estudo mostrou que devido a carga de cuidados que demandam os usuários em tratamento, o familiar cuidador é um dos mais atingidos, interferindo na diminuição da qualidade de vida e no bem estar de forma geral. Além dos cuidados demandados, o envolvimento emocional desses familiares contribui para o aumento da sobrecarga.¹¹

Um estudo de revisão revelou que as famílias de usuários com TUS não estão preparadas para suportar a desorganização provocada pelas condições de incertezas relacionadas a esses indivíduos, levando ao adoecimento familiar.¹²

Além disso, a família entra em sofrimento sempre em que há recaídas do usuário após alta do tratamento devido expectativa frustrada.¹³

Os achados mostram que a preocupação dos usuários reflete uma recorrência de experiências frustradas de tratamento e o impacto gerado na família, levando-os a evitarem, em muitas situações, envolver os familiares no tratamento, não gerando sobrecarga na vida deles.

Observou-se ainda que a falta de orientação no tratamento (despreparo dos usuários) e pelo sofrimento gerado na família, muitos usuários acabam não os envolvendo. Por outro lado, ocorre que os familiares também não se dispõem para tal envolvimento, como podemos evidenciar na fala: *Eu acho que está um pouco sutil essa questão aí, até por que eu não levo nada daqui para casa sabe, eu não, eu não comento nada e eles também pouco perguntam, se perguntam também eu não me sinto a vontade de estar comentando. Então eu acho que no meu caso tá um pouco, tá um pouco igual ainda (P10).*

Diante do exposto, cabe ao sistema de saúde dar suporte aos familiares por meio da oferta de serviços e atendimento de profissionais, uma vez que o envolvimento e o apoio familiar para o usuário são fundamentais para maiores chances de sucesso do tratamento.

Os profissionais que atuam com TUS, devem estar atentos a necessidade de criar espaços de educação em saúde e de apoio aos familiares a fim de resgatar os vínculos, pois esses espaços de discussão auxiliam no desenvolvimento das potencialidades e enfrentamento do cotidiano.¹⁴ Isso mostra a necessidade dos profissionais proporcionar, de fato, um cuidado em que o usuário e a família sejam implicados no processo, estando atentos às barreiras de comunicação e aos conflitos nas relações familiares existentes. Como por exemplo, criar espaços de interlocução para que o apoio recíproco possa ocorrer dentro da própria família.

Melhora nas relações familiares com o tratamento

Podemos perceber que alguns usuários criaram grandes expectativas e realizaram algumas conquistas ao longo do tratamento no seu âmbito familiar. Essa categoria foi dividida em duas subcategorias: expectativas e conquistas.

Quanto à subcategoria das expectativas, os entrevistados relataram que tinham grandes perspectivas em relação ao tratamento, que de certa forma gera uma motivação para eles. Eles tinham como visão o anseio de reestruturação familiar e de reconquista dos laços familiares, como podemos ver nas falas a seguir: *Me ajudou a reabilitar eles, né? por que um dia nós fizemos uma reunião com o psicólogo e com o meu médico, e o meu irmão e a minha irmã tava junto, eu falei eu vou reconquistar vocês de novo.(P12); (a expectativa com o tratamento) era me reestruturar. Minha família tudo de volta. [...] O que me empolgou mesmo foi... a internação foi minha família mesmo, a reconciliar novamente tudo (P13).*

Podemos evidenciar na categoria anterior que o TUS gera uma carga e um desgaste muito grande para toda a família, que acaba adoecendo junto com o usuário e isso influencia nas relações familiares.

Em um estudo sobre motivações e expectativas na busca do tratamento, evidencia que a maior motivação tanto para busca do tratamento quando para permanência nele é a família.¹⁵

Observou-se em outro estudo que existe uma grande motivação do usuário para o tratamento baseado em sua família, e que a família é um fator relevante na tomada de decisão para o usuário iniciar o tratamento.¹⁶

Conclui que a motivação é um dos principais fatores para o sucesso do tratamento, refere que conhecer as motivações do usuários instrumentaliza os profissionais e os familiares para a compreensão e desenvolvimento de estratégias de prevenção de recaída e adesão ao tratamento.¹⁷

Quanto à subcategoria das conquistas alguns dos entrevistados mostraram em seus depoimentos algumas mudanças positivas após o início do tratamento sobre suas relações familiares. *(Com o tratamento) Por exemplo dentro de casa, com a minha esposa e meus filhos, eu to sendo assim, mais atencioso com a minha esposa, eu to conversando mais com ela, to conversando mais com o A (esposa), to sabendo cuidar mais do P (filho), que é especial, a gente conversa mais juntos, coisa que não tinha antes (P3).*

O TUS além de causar uma sobrecarga na família, traz ainda o agravamento dos conflitos já existentes e das relações familiares, aumentando ainda mais as dificuldades do familiar de lidar com a situação do usuário.¹⁸

Uma característica muito comum no TUS é a ameaça de uma boa relação familiar, no entanto com o tratamento os usuários reconhecem e evidenciam uma melhora desses laços e dessas relações, e da valorização de seus familiares. *Tratamento com a minha família, o meu pai, a gente não se falava, não que a gente fosse brigado, não é isso, mas por causa do meu uso do álcool (P4); A*

confiança, ah como eu posso te dizer, a eu to conversando mais com eles. Antes eu não, o meu negócio era estar sempre na rua, não ficava em casa (P9).

A família é uma referência fundamental na vida dos seres humanos como fator de proteção ou de risco, influenciando na sua saúde mental. No âmbito familiar existem simultaneamente experiências de pertencimento, afeto e confiança, mas também de conflitos, solidão e sofrimento¹⁹

Em um estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde mental, demonstrou que a comunicação é um atributo positivo de resiliência familiar, pois ajuda os familiares na superação das adversidades e desafios cotidianos, permitindo um olhar mais cuidador e terapêutico.²⁰

Foi observado que a modalidade de comunicação assertiva proporciona repercussões eficazes nas relações familiares, pois as interações de forma respeitosa, em tom de voz adequado e expressão emocional aberta na família, se torna indispensável para sucesso do tratamento.²⁰

Então, observa-se neste estudo que algumas expectativas que os usuários criam com tratamento em relação às suas relações e reestruturação familiar, são contemplados quando a família se envolve no tratamento, proporcionando assim um cuidado mais integral e terapêutico.

Família como fonte de apoio no do usuário

Nessa categoria evidencia-se ainda mais a relevância do papel da família no tratamento, representada aqui como fonte de apoio aos usuários em diversos momentos ao longo da sua trajetória com abuso de substâncias e no tratamento. *Eu tive que acabar dizendo pra ela que eu me drogava bebia muito, bebida. Ela já sabia mas outros não, então e pensei: agora ela vai me largar de mão. E ela entendeu: “vamos procurar ajuda” (P6); Não, na realidade quem me trouxe foi a minha irmã, eu não. Elas me botaram no carro - “nós vamos te levar para ti fazer um tratamento”. Eu cheguei*

aqui.(P9); O meu filho me trouxe pra cá num momento... (silêncio) me viu num estado assim! Não me deixou sair de casa e me trouxe, porque se eu tivesse saído sozinho poderia ter caído na rua, um carro poderia ter passado por cima de mim e isso seria fatal (P14).

Muitas vezes o usuário com TUS não percebe que precisa de ajuda e não procura tratamento. Essa responsabilidade acaba recaindo sobre a família e amigos, os quais têm um papel importante de incentivo para o início do tratamento. O usuário se sente acolhido e seguro com esse apoio, pois é um momento difícil com alterações orgânicas, físicas e psicológicas provenientes da abstinência da substância onde esse apoio é essencial.²¹

Esse envolvimento com a família não ocorre só no início do tratamento, mas também ao longo dele (no serviço) e no cotidiano de vida, em diversos momentos da vida do usuário, onde a família exerce um papel de acolhimento, de compreensão e de carinho. *Claro que ajudou sabe... Ela (mãe) foi uma das pessoas, que mesmo sabendo da minha dificuldade ela nunca me abandonou.. (P6); Sim, ajuda por que no início ela ajudou ativamente, as duas, as duas entraram de sola no tratamento, as duas entraram completamente. Aí, nós fomos conversando muito sobre isso sobre essas coisas (P11); Já chego falando para minha esposa: “olha hoje eu não tô legal”. Então vamos puxar um assunto, e a gente vai conversar, ela senta do meu lado faz carinho coisa e tal (P5).*

Uma revisão integrativa mostrou que a atuação da família no processo de cuidado do seu familiar usuário de drogas é de extrema importância, isto porque garante melhorias no tratamento, oferece apoio e suporte, além de favorecer a adesão ao tratamento e à redução das internações prolongadas.²²

Os achados deste estudo reforçam o que podemos analisar nas categorias anteriores, em que para o usuário, o apoio da família como agente co-responsáveis é necessário para proporcionar um cuidado integral.

Além da família realizar um papel importante no início do tratamento, muitas vezes, desencadeia o processo inicial para que o usuário com TUS procure ajuda, estando presente

em vários momentos. Assim, a família serve de ponto de referência para o usuário, em que os familiares percebem e acolhem o seu desconforto em algumas situações de possíveis recaídas, além disso estão envolvidas no planejamento dos finais de semana. Percebe-se esse apoio das famílias nas falas a seguir. *Se preparar para o final de semana, planejar o que vamos fazer no sábado, no domingo, quem vai pro AA quem vai pro NA um passeio no parque junto com a família, nunca andar sozinho (P3); O meu desconforto foi percebido pela minha esposa sabe. Ela percebeu que eu fiquei bem todo errado, todo desconcertado (na festa). Ela foi lá e pegou um copo de refrigerante e trouxe. Então ela ficou o tempo todo na minha volta, não me deixou com o copo vazio nunca (P5).*

Em um estudo retrospectivo de seis anos, coletado através de 672 prontuários, evidenciou que apesar de todo sofrimento, expectativas quebradas e obstáculos de início de tratamento a participação do maior número de familiares possíveis traz uma maior possibilidade de adesão ao tratamento e a construção de uma rede de proteção para o usuário. O estudo evidencia ainda, que a participação de dois ou mais familiares repercute em uma adesão de até 57,9% no tratamento.²³

Fica evidenciado ainda mais, o quanto a família é primordial para o tratamento na visão dos próprios usuários. As famílias devem ter conhecimento sobre os sinais e sintomas de uma crise de abstinência, conhecer quais são os gatilhos e as circunstâncias que favorecem a recaída para serem de forma ativa parte significativa da rede de apoio e de cuidados para o usuário.

Considerações finais

Este estudo evidenciou por meio da visão dos usuários entrevistados que existe uma importante preocupação deles em não sobrecarregar a família e que essa preocupação é legitimada através de vários estudos que comprovam a existência de sobrecarga dos familiares cuidadores. Apesar das dificuldades vivenciadas com o TUS, a família possui um papel

relevante para o início e manutenção do tratamento do usuário, estando presente em momentos cruciais do tratamento, sendo neste estudo reconhecido mais como um fator de proteção quando são envolvidos no processo terapêutico pelo serviço e profissionais de saúde.

Cabe aos profissionais de saúde e enfermagem criarem espaços para que a família possa participar de forma efetiva com a rede de atenção psicossocial, gerando bem estar e recuperação para os usuários e seus familiares com vista ao cuidado integral, por meio da ação da clínica ampliada - ocupando-se dos aspectos pessoais, clínicos e contextuais do usuário.

A amostra por conveniência de um único serviço especializado é uma limitação deste estudo, entretanto, os depoimentos se mostraram reveladores e pertinentes, corroborando com outros estudos apresentados nas discussões. Recomenda-se estudos em outros pontos da rede de atenção psicossocial e estudos que mostram as visões dos familiares sobre como os serviços estão oferecendo apoios a eles.

Referências

- 1 Association Amerycan Psyquiatic. Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais DSM-IV. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 481p. Disponível em: <http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf>
- 2 World Drug Report 2019 (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8). Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html> Acesso em: 14/02/2020.

- 3 II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) –2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014. Disponível em: <<https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>
- 4 Nimtz, MA, Tavares AMF, Maftum MA, Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC. IMPACTO DO USO DE DROGAS NOS RELACIONAMENTOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 4, n. 19, p.667-672, 2014. disponível em<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35721/23906>>.
- 5 Lima HA, Mângia EF. Group strategies oriented to family members of people with needs resulting from the use of psychoactive substances: a narrative review. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015 maio/ago.;26(2):294-300. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p294-300>.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.
- 7 Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF. IMPACTO SOCIAL DO USO ABUSIVO DE DROGAS PARA DEPENDENTES QUÍMICOS REGISTRADOS EM PRONTUÁRIOS. *Cogitare Enferm.* 2013 Jul/Set; 18(3):468-74. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33556/21055>.
- 8 MINAYO, M.C.S (Org.) Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis; Vozes, 2010.
- 9 Minayo MCS. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n.

7, p. 01-12, abril. 2017 Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf.

10 Bardin, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 95-102p.

11 Maciel SC, Silva FF, Pereira CA, Dias CCV, Alexandre TMO. Cuidadoras de Dependentes Químicos: um estudo sobre a sobrecarga familiar. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, 2018, v. 34, e34416 FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34416>.

12 Vasconcelos ACM, Araújo LN, Porto LGM, Rocha NNV, Oliveira EN, Albuquerque JTPJ. Relações Familiares e Dependência Química: uma revisão de literatura: Uma Revisão de Literatura. *R bras ci Saúde* 19(4):321-326, 2015. Portal de Periódicos UFPB. <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2015.19.04.11>.

13 Oliveira EB, Medonça JLS. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. *Online Brazilian Journal of Nursing*. [serial on the Internet]. 2012 April 18; disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3480>

14 Soccol LS, Terra MG, Ribeiro DB, Teixeira JKS, Siqueira DF, Sadjá CTSM. O COTIDIANO DAS RELAÇÕES FAMILIARES COM INDIVÍDUO DEPENDENTE QUÍMICO. *Cogitare Enferm.* 2014 Jan/Mar; 19(1):116-22 Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647660017>.

15 Gomes, RR, Ribeiro MC, Matias EC, Brêda MV, Mângia EF. Motivation and expectations in treatment search for abusive use and addiction of crack, alcohol and other drugs. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015 Sept-Dec.;26(3):326-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p326-335>

16 Crauss RMG, Abaid, JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação

hospitalar na fala dos usuários. Contextos Clínicos.2012 jan-jun.; 5(1):63-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.51.07>.

17 Ferreira ACZ, Capistrano FC, Souza EB, Borba LO, Kalinke LP, Maftum MA. Drug addicts treatment motivations: perception of family members. Rev Bras Enferm. 2015 mai-jun;68(3):415-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680314i>.

18 MEDEIROS, Katrucey Tenório et al. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO USO E ABUSO DE DROGAS ENTRE FAMILIARES DE USUÁRIOS. Psi em Est, 2013 jun; 18(2):269-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a08v18n2.pdf>.

19 Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enferm 2008;21(4):588-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>.

20 Zerbetto SR, Galera SAF, Ruiz BO. Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(6):1184-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0476>

21 Mendes JS, Preis LC, Brolese DF, Santos JLG, Lessa G. MEANING OF DETOXIFICATION IN A HOSPITAL SETTING FOR ALCOHOL-DEPENDENT PEOPLE: RESUMING LIFE. Cogitare Enferm.2018 (23)2:e53410. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53410>.

22 Belotti, M; Fraga, HL; 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, 2017 25(3): 617-25, Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2526-8910.ctoAR0988>.

23 Seadi, SMS, Oliveira, MS. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos: um estudo retrospectivo de seis anos. PSIC. CLIN.2009. Rio de Janeiro. 21(2): 363-78.

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-56652009000200008>

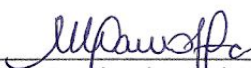
ANEXO A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO



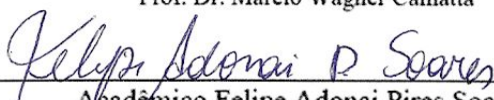
CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DADOS

Eu, Prof. Marcio Wagner Camatta, coordenador da Pesquisa "PERCEPÇÃO DE PACIENTES ACERCA DE UM PROGRAMA DE TRATAMENTO PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM SUA VIDA", devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o parecer nº 993.057, autorizo o acadêmico Felipe Adonai Pires Soares, CPF 03221494017, com matrícula nº 00262363 (curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), a utilizar informações do banco de dados da referente pesquisa para o seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado "INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO: uma visão do paciente com transtorno por uso de substâncias". Esse TCC será orientado pelo próprio autor da pesquisa (Prof. Marcio Wagner Camatta) e tem a previsão de apresentação no final do semestre de 2020/1.

Porto Alegre, 02 de Fevereiro de 2020



Coordenador e Orientador da Pesquisa
Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta



Acadêmico Felipe Adonai Pires Soares

ANEXO B – Roteiro de Entrevista

Nome:

Data de nascimento (Idade): Ocupação: Situação conjugal:

Nº de filhos:

Nº de Internações para tratamento de dependência química?

Quanto tempo está em acompanhamento no Ambulatório?

Que atividades participa no Ambulatório?

Já se envolveu com delitos ou teve passagem pela polícia?

Escolaridade:

Fale sobre o programa de tratamento da Álvaro Alvim?(infra estrutura, equipe, atividades)

Qual o teu objetivo com o tratamento?

Como o tratamento tem influenciado na tua vida? (pessoal e familiar, funcional, econômico-financeira, sociocomunitária (lazer, cultura, cinema, teatro) e espiritual) Que contribuição tem ajudado a ti?

Que atividade do programa foi mais importante para ti? Por que?

Que sugestões tu darias para melhorar o programa de tratamento?

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**PERCEPÇÃO DE PACIENTES ACERCA DE UM PROGRAMA DE TRATAMENTO PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM SUA VIDA,**” que tem como objetivo conhecer a opinião dos pacientes sobre o programa de tratamento para dependência química desde o período em que estava internado até agora, enquanto participante do Ambulatório referentes aos aspectos de sua vida, como trabalho, estudos, família, espiritual ou religioso.

Para a coleta de informações será realizada uma entrevista com os participantes no consultório do Ambulatório de Adição Álvaro Alvim com duração aproximada de 30 a 60 minutos e sendo utilizado um gravador de voz. As entrevistas gravadas serão transcritas e analisadas qualitativamente pelo pesquisador, ficando o material sob a responsabilidade dele. A participação nesta pesquisa poderá causar desconforto emocional, pois os participantes irão falar sobre os aspectos de vida e o tratamento vivenciado. Caso haja desconforto, o pesquisador se compromete em falar com a equipe do ambulatório para realizar atendimento específico. Esta pesquisa não trará benefício direto ao participante, porém o participante poderá contribuir para uma maior compreensão das necessidades dos usuários de drogas acerca do programa de tratamento.

O participante poderá decidir participar ou não do estudo, sem que haja prejuízo no seu tratamento realizado no Ambulatório, sendo assim poderá se retirar da pesquisa em qualquer etapa de realização da mesma. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

A qualquer momento durante a participação da pesquisa, assim como em momento posterior à participação, o participante poderá entrar em contato com qualquer um dos pesquisadores Márcio Camatta (Pesquisador responsável) e Gláucia dos Santos Policarpo (Pesquisadora) para quaisquer esclarecimentos acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, ambos pesquisadores poderão ser contatados através dos telefones (51) 3359-6482 e (51)3359-6477 ou presencialmente na Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada na rua Álvaro Alvim, nº 400, CEP 90420-020, Sala dos Professores – 2º Andar. Também há a possibilidade de entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h, de segunda à sexta, para quaisquer esclarecimentos e dúvidas acerca das implicações éticas em pesquisa com seres humanos. Ao assinar o termo de consentimento livre esclarecido que é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pelos pesquisadores o participante declara que autoriza a sua participação no projeto de pesquisa e que seus dados coletados serão utilizados como parte de um relatório de pesquisa científica. O participante também declara de que foi informado de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos a serem utilizados para a coleta de dados, assim como esclarecido o fato de que sua participação será sigilosa não acarretará em nenhum prejuízo para a sua situação profissional e pessoal.

Nome do participante

Assinatura

Nome do pesquisador que conduziu o procedimento

ANEXO D - PARECER - COMITÊ DE ÉTICA - HCPA



ANEXO A PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de pacientes acerca de um programa de tratamento para dependência química em sua vida

Pesquisador: MARCIO WAGNER CAMATTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40830914.9.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 993.057

Data da Relatoria: 18/03/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo será exploratório e descritivo, pois visa explorar através das entrevistas o discurso do entrevistado, assim como descrever este discurso e o analisá-lo, propõe-se a uma abordagem qualitativa dos dados. A pesquisa qualitativa caracteriza-se por estar interessada na perspectiva dos participantes, em suas práticas do seu dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão de estudo.

Este projeto faz parte do Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional Em Saúde e trata-se de uma pesquisa que visa investigar a percepção de pacientes acerca de um programa de tratamento para dependência química em sua vida. Apesar dos grandes avanços com as Políticas Públicas e a criação dos serviços substitutivos ao modelo asilar (hospitalocentrico) e a criação de políticas para combate e prevenção ao uso de drogas, o Brasil foi apontado como o país onde o uso de cocaína está aumentando, enquanto que na maioria dos países este consumo está diminuindo, correspondendo a 5 milhões de brasileiros com 18 aos ou mais, que já utilizaram cocaína na vida e cerca de 2 milhões a utilizaram nos últimos 12 meses. (LARANJEIRA, 2014) Impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica, ocorreram inúmeras mudanças nas políticas públicas no Brasil, sendo o objetivo destas, a atenção tanto dos usuários com transtornos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)359-7640 **Fax:** (51)359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 993.057

psiquiátricos, quanto usuários de drogas, assim como o atendimento de seus familiares conforme modelo psicossocial, buscando o rompimento com o modelo asilar. Desta forma se faz necessária analisar a percepção de pacientes acerca de um programa de tratamento para dependência química em sua vida. O estudo será exploratório e descritivo com análise qualitativa dos dados. Esta pesquisa será realizada no Ambulatório de

álcool e drogas na Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com os pacientes que estão em acompanhamento neste serviço e estiveram internados na Unidade de Internação desta mesma instituição. Optou-se por realizar a pesquisa neste campo por este serviço fazer parte de um Centro Colaborador o qual tem por objetivo o desenvolvimento de um modelo integrativo de atendimento a pacientes em nível ambulatorial e internação, de forma articulada a outros dispositivos da rede de saúde e serviços de reinserção social, totalmente incorporados a uma estrutura funcional de ensino e pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção do paciente sobre a influência do programa de tratamento para dependência química da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em sua vida.

Objetivo Secundário:

Descrever a influência do programa de tratamento para dependência química do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre os aspectos de vida do paciente: pessoal e familiar, funcional, econômico- financeira, sociocomunitária e espiritual. Identificar atividades desenvolvidas pelo programa de tratamento que tiveram maior significado nos aspectos de vida dos pacientes. Levantar de sugestões dos pacientes para o programa de tratamento de dependência química do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa poderá oferecer riscos mínimos aos entrevistados podendo os mesmos ficarem constrangidos durante a entrevista, ou necessitarem atendimento de sua equipe, visto os temas que serão abordados, desta maneira será assegurado ao entrevistado possibilidade de interrupção da entrevista. Será comunicada à equipe do Ambulatório quais pacientes serão entrevistados, assim como após a coleta de dados a equipe também será comunicada se houver necessidade de interrupção da entrevista ou sentimentos e percepções emergidas durante a coleta de dados.

Benefícios:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 993.057

Esta pesquisa poderá contribuir para a melhoria da assistência à saúde dos usuários e familiares que utilizam a unidade de internação para desintoxicação e o Ambulatório da Unidade Álvaro Alvim para tratamento de dependência Química.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional. Abordagem qualitativa para conhecer as percepções de pacientes atendidos na Unidade de Adição Alvaro Alvim sobre o impacto do programa de tratamento em suas vidas. Serão realizadas entrevistas semi estruturadas, que durarão de 30 a 60 minutos, e o metodologia de tratamento dos dados será a análise de conteúdo de Bardin.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi modificado de acordo com as solicitações anteriores.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1)Apresentar nova versão de TCLE.

RESPOSTA PESQUISADORES: TCLE: foi alterado conforme sugestão do parecerista e orientações do Procedimento Operacional Padrão (POP-GPPG-0165) de Adequação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A nova versão foi anexada ao projeto de pesquisa (APÊNDICE B), na página 27.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) Sugere-se adicionar no título a palavra "ambulatorial" uma vez que trata-se de uma pesquisa que visa investigar a percepção de pacientes acerca de um programa de tratamento ambulatorial para dependentes químicos. Ex: Percepção de pacientes acerca de um programa de tratamento ambulatorial para dependência química em sua vida".

RESPOSTA PESQUISADORES: Título: Não foi alterada a palavra "ambulatorial" do título do projeto, conforme sugerido no parecer, visto que a pesquisa será realizada com pacientes que estão em tratamento no ambulatório, mas que cumpriram a etapa anterior do Programa em avaliação na unidade de internação em adição. Este elemento está descrito no item 3.3

(participantes), na página 19, nos critérios de inclusão: item "b" - o paciente deve ter a última

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

Telefone: (51)359-7640

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 993.057

internação na Unidade de internação para Adição do
Hospital de Clínicas. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 04/03/2015 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 20 de Março de 2015

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO E - PARECER COMPESQ ENF-UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Marcio Wagner Camatta					
Dados Gerais:					
Projeto Nº:	38758	Título:	INCLUSAO DA FAMILIA NO TRATAMENTO: VISAO DO USUARIO COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTANCIAS		
Área de conhecimento:	Enfermagem Psiquiátrica	Início:	20/02/2020	Previsão de conclusão:	20/09/2020
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional	Projeto Isolado com linha temática: Atenção ao Usuário de Drogas			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Conhecer a visão de usuários com transtorno por uso de substâncias acerca da inclusão dos familiares em um programa de tratamento. </div>				
Palavras Chave:					
ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL					
RELAÇÕES FAMILIARES					
TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS					
USUÁRIOS DE DROGAS;					
Equipe UFRGS:					
Nome: MARCIO WAGNER CAMATTA					
Coordenador - Início: 20/02/2020 Previsão de término: 20/09/2020					
Nome: FELIPE ADONAI PIRES SOARES					
Técnico: zzz Outra Função zzz - Início: 20/02/2020 Previsão de término: 20/09/2020					
Avaliações:					
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/04/2020 Clique aqui para visualizar o parecer					
Anexos:					
Projeto Completo			Data de Envio: 20/02/2020		

ANEXO F - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)

PREPARO DO ARTIGO

Estas instruções para a preparação do artigo para submissão são baseadas em Recomendações para condução, escrita, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em revistas científicas médicas elaboradas pelo International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE).

1. Estrutura

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, materiais e métodos ou casuísticas e métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

O arquivo do artigo não deve conter o nome dos autores e os agradecimentos, estes devem estar na Title Page (ver Documentos para Submissão).

A **Introdução** deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os Materiais e Métodos ou Casuística e Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os Resultados devem estar limitados somente a descrever a análise do material (quantitativo ou qualitativo). O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A **Discussão** enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo, faz interpretações que advêm deles e comparações com outras literaturas não citadas na introdução. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na SMAD, referenciando-os no texto, quando pertinente, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A **Conclusão ou Considerações Finais** deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

2. Formatação do texto

Formatação. Arquivo no formato Word (.doc ou .docx) papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3” x 11,7”) . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1”) . Fonte Times New Roman 12pt (em todo o texto, inclusive nas tabelas). Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples. Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do editor de texto.

3. Quantidade de Palavras

Na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências

- Artigos Originais e de Revisão: 5000 palavras.
- Cartas ao Editor: 500 palavras.

4. Resumo

- Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entrelinhas.
- Incluir o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.
- Estruturar explicitamente em "Objetivos", "Método", "Resultados" e "Conclusão".
- Os Ensaaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.
- Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, e citações de autores.

5. Descritores

- Mínimo de 4 e máximo de 6, em português, inglês e espanhol.
- Utilizar os rótulos "Descritores" (português), "Descriptors" (inglês) e "Descriptorios" (espanhol).
- Separados entre si por ponto e vírgula.
- Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições.
- Selecionados da lista do Medical Subject Headings (MeSH) ou vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

6. Título do Artigo

- Apresentados em português, inglês e espanhol; - Localizados antes de cada resumo; Conciso e informativo com até 15 palavras e em negrito. Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

7. Seções

- Nome das Seções: "Introdução", "Método", "Resultados", "Discussão" e "Conclusão"
- Negrito e em caixa alta somente na primeira letra
- Itens não permitidos: itálico, caixa alta, subseções, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word
- Introdução - Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção
- Método - Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos
- Resultados - Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras
- Discussão - Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos. Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico
- Conclusão/Considerações Finais - Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências ou nomes de autores.

8. Falas de Sujeitos

- Fonte Times New Roman, tamanho 10, itálico, sem aspas, na sequência do texto
- Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico

9. Siglas (no texto)

- Descritas por extenso na primeira vez em que aparecem no texto

- Não são permitidas siglas no título do artigo e no resumo

10. Tabelas e Figuras

- Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, indicando o que se pretende representar.
- Devem ser inseridas logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados.
- Notas de Rodapé nas Tabelas e Figuras devem ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem.
- Todas as siglas presentes em tabelas e figuras devem ser explicitadas em notas de rodapé.

Tabelas

- Título deve ser localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela e também contendo participantes do estudo, variáveis, local (cidade, estado, país) e período da coleta de dados.
- Devem ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word.
- Os dados devem ser separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula.
- Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12pt, e espaçamento simples entrelinhas.
- O cabeçalho deve estar em Negrito e sem células vazias.
- Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários.

Figuras

- São figuras: Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.
- O título deve estar localizado abaixo da figura sempre em formato de texto (mesmo em figuras que se tratem de imagens).
- Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura.
- Em caso de imagens, devem estar em alta resolução (mínimo de 900 dpi).
- Tamanho máximo de 16x10cm.
- Em caso de Quadros (tabelas que contenham dados textuais e não numéricos), devem ser fechados nas laterais e contendo linhas internas. Devem ser construídos com a ferramenta de tabelas do Editor de Texto e poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- Em caso de Gráficos, devem ser plenamente legíveis e nítidos. Tamanho máximo de 16x10cm. Se necessário utilizar cores optar por tons claros. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- Em caso de desenhos, esquemas, fluxogramas, devem ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Lógicos e de fácil compreensão. Plenamente legíveis e nítidos.
- Fotos devem ser plenamente legíveis e nítidas. Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas.

11. Citações no Texto

Formatação - Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ordenadas consecutivamente, sem pular citação.

Citações de referências sequenciais: separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Exemplo: ...literatura(12-15).

Citações de referências intercaladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Exemplo: ...literaturas(3,6,16,21).

Quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma.

Citações “ipsis literes” devem estar entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência do texto.

Itens não permitidos:

- Espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede. Exemplo:Cândida albicans (3,6,16,21).
- Indicação da página consultada. Exemplo:...Cândida albicans(3:p.431).
- Indicação de nomes de autores no texto, exceto os que forem referencial teórico da pesquisa.

12. Falas de participantes (sujeitos)

- Fonte Times New Roman, tamanho 10pt, itálico, sem aspas e na sequência do texto.
- Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico (fonte Times New Roman, tamanho 10pt, itálico, sem aspas e na sequência do texto).

13. Notas de Rodapé (no texto)

- Indicadas por asterisco(s) e iniciadas a cada página (*, **, **, ...).
- Restritas ao mínimo necessário.

14. Referências

Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) . Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al. . Citar a versão do documento em inglês. Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências.

A veracidade dos dados que compõem cada referência e a exatidão do formato são de responsabilidade dos autores.

As citações de autores e de periódicos nas bases de dados é altamente relacionada à exatidão das referências informadas pelos autores nos artigos publicados, portanto, solicita-se máximo cuidado e atenção à este item.

- Para o formato das referências, seguir o Citing Medicine, 2ª edição - Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html);
- Quantidade: não há limite de referências.
- Citar a versão do documento em inglês, quando disponível.
- Inserir número doi ou link de acesso em todas as referências.
- Títulos de periódicos nacionais devem ser abreviados de acordo com o Catálogo Nacional de Publicações Seriadas (CCN) do IBICT.
- Títulos de periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com o Catálogo da Biblioteca Nacional de Medicina (NLM).