

FERNANDA BORGES BESSA

**SOBRECARGA E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM FAMILIARES
CUIDADORES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2017

FERNANDA BORGES BESSA

**SOBRECARGA E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM FAMILIARES
CUIDADORES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Marina Bandeira
Coorientadora: Profa. Dra. Tatiana Cury Pollo

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2017

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B557s Bessa, Fernanda Borges.
Sobrecarga e sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas / Fernanda Borges Bessa ; orientadora Marina Bandeira; coorientadora Tatiana Cury Pollo. -- São João del-Rei, 2017.
162 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Mestrado em Psicologia) -- Universidade Federal de São João del Rei, 2017.

1. Familiares cuidadores. 2. Sobrecarga. 3. Sintomatologia depressiva. 4. Dependência de álcool e outras drogas. 5. Saúde Mental. I. Bandeira, Marina, orient. II. Pollo, Tatiana Cury, co-orient. III. Título.

A Dissertação **Sobrecarga e Sintomatologia Depressiva em Familiares Cuidadores de Pessoas com Dependência de Álcool e Outras Drogas**

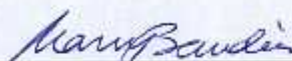
elaborada por **Fernanda Borges Bessa**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

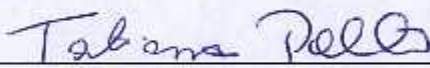
MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 30 de março de 2017


BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Marina de Bittencourt Bandeira - (UFSJ)
Orientadora



Profa. Dra. Tatiana Cury Pollo - (UFSJ)
Co-orientadora



Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani - (UFJF)



Prof. Dr. Marco Antonio Silva Alvarenga - (UFSJ)

*Aos familiares cuidadores, exemplos de perseverança diante das dificuldades.
À Vila Esperança – Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos de São
João del-Rei, cujas portas estão sempre abertas àqueles que necessitam.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Cristina e Renato**, que me ensinaram a acreditar em mim mesma e sempre me encorajaram a perseguir meus sonhos, oferecendo todo o suporte necessário ao longo do caminho. Obrigada pelo amor, confiança e apoio em todos os momentos da minha vida.

Aos meus **familiares**, especialmente à minha avó **Kimie**, por me acompanharem ao longo da jornada, torcendo e vibrando a cada nova conquista. Agradeço especialmente, também, ao meu “painho” **José Henrique**, pelo acolhimento, apoio e carinho.

Ao **Renan**, pelo companheirismo, tolerância e incentivo nos momentos difíceis, pela escuta paciente de todas as minhas dúvidas e questionamentos, e pelo carinho e cuidado, que foram essenciais para a conclusão desta etapa.

À minha orientadora, Profa. Dra. **Marina Bandeira**, cujo profissionalismo, compromisso, dedicação e competência nortearão minha trajetória profissional. Obrigada pela confiança depositada, pela orientação cuidadosa e paciente, e pelo enorme aprendizado e crescimento profissional proporcionados.

À minha coorientadora, Profa. Dra. **Tatiana Cury Pollo**, quem primeiro acolheu a ideia de realização deste projeto. Obrigada pela gentileza, atenção e todas as contribuições ao desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. **Daniela Santos de Oliveira**, que, com dedicação, paciência e serenidade, me ensinou e me orientou nas análises estatísticas dos dados, fundamentais para a concretização deste trabalho.

À Profa. Dra. **Ana Paula Souto Melo**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos Profs. Drs. **Telmo Mota Ronzani e Marco Antônio Silva Alvarenga**, por aceitarem participar da Banca de Defesa.

Aos profissionais, colegas de trabalho e amigos de **Vila Esperança – Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos de São João del-Rei**, por todo o apoio oferecido no decorrer deste trabalho. Agradeço, especialmente, ao **Sr. Nazareno, Jailton, Fátima, Rômulo, Sérgio, Alexandre, Marco Antônio e Anna Caroline**, que, mesmo com as agendas apertadas, encontraram tempo para me ajudar.

Aos **familiares cuidadores**, que, mesmo diante das dificuldades e falta de tempo, aceitaram compartilhar suas experiências. A realização deste trabalho não seria possível sem sua participação.

Aos meus amigos, colegas de mestrado e parceiros do LAPSAM, cuja convivência tornou a atividade de estudo e pesquisa muito mais leve e agradável. Agradeço, especialmente, à **Nelisa** e à **Lara**, pela amizade incondicional, à **Joanna** e à **Dani**, por todas as dicas e orientações, e à **Lari** e ao **Emerson**, pela companhia e momentos de descontração mesmo quando os problemas pareciam insolúveis.

À **Patrícia**, pela amizade, exemplo profissional e por ter despertado meu interesse no campo de estudos e práticas relacionadas à dependência de álcool e outras drogas.

Às estagiárias **Carina** e **Raquel**, pelo auxílio na coleta de dados.

À **CAPES**, pela concessão da bolsa, sem a qual não seria possível realizar este trabalho.

Ao **Thor**, meu amigo em forma felina, companheiro de estudo que passou horas deitado ao lado do computador, ou “sobre” ele, enquanto eu escrevia estas páginas, pedindo sempre carinho entre um parágrafo e outro.

RESUMO

A dependência de álcool e outras drogas afeta os usuários e sua família. Os familiares encontram dificuldades no papel de cuidador e sofrem modificações em suas vidas, podendo resultar em sobrecarga e depressão. Estas são as variáveis mais estudadas como resultados do papel de cuidador de pacientes com outros transtornos neurológicos e psiquiátricos. Modelos teóricos e estudos empíricos apontam que a sobrecarga contribui para a ocorrência de sintomatologia depressiva nos cuidadores. Foram encontrados 12 estudos que investigaram essas variáveis, em familiares de dependentes de álcool e outras drogas, dos quais oito enfocaram somente a sobrecarga, um avaliou somente a sintomatologia depressiva e três investigaram as duas variáveis. Nenhum estudo nacional investigou a relação entre essas variáveis. Portanto, há necessidade de aprofundar a investigação dessa temática com essa população-alvo. Este estudo visou avaliar a sobrecarga subjetiva e a sintomatologia depressiva e a relação entre elas, em familiares cuidadores de dependentes de substâncias psicoativas, atendidos em um serviço de saúde de caráter filantrópico, em uma cidade de médio porte de Minas Gerais. Foram entrevistados 50 familiares, com as escalas BI e BDI-II e um questionário sociodemográfico e clínico. Foram feitas análises estatísticas descritivas, univariadas e multivariadas. Os familiares apresentaram sobrecarga média leve-a-moderada ($34,80 \pm 19,94$), sendo que 28,0%, 36,0%, 26,0% e 10,0% classificaram-se com sobrecarga mínima ou ausente, leve-a-moderada, moderada-a-grave e grave, respectivamente. Apresentaram uma média de sintomatologia depressiva leve ($18,00 \pm 12,86$), sendo que 44,0%, 16,0%, 18,0% e 22,0% classificaram-se com sintomatologia depressiva mínima ou ausente, leve, moderada e grave, respectivamente. Foram encontradas correlações positivas significativas entre as duas variáveis. O principal preditor dos sintomas depressivos, na análise de regressão, foi a sobrecarga subjetiva. Outros preditores foram: baixa renda, não viver com companheiro, avaliação negativa do relacionamento com o paciente e maior número de comportamentos problemáticos do paciente. Estes resultados indicam a necessidade de estratégias que diminuam o impacto do papel de cuidador dos familiares, visando a diminuição de sua sobrecarga e sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: familiares cuidadores, sobrecarga, depressão, álcool e outras drogas.

ABSTRACT

Dependence of alcohol and other drugs affects both users and their families. Families have difficulty with the caregiving role and suffer from changes in their lives, which may result in burden and depression. Those are the most studied caregiving outcome variables in research with relatives of patients with neurological and psychiatric disorders. Theoretical model and empirical researches have pointed out that burden may contribute to the development of depressive symptomatology in caregivers. In the literature, 12 studies investigated these variables in family of dependents of alcohol and other drugs. Eight of them had focused only on burden, one evaluated depressive symptoms and three investigated both variables. In Brazil, no study evaluated the association between those variables. Therefore, it's necessary to improve the investigation on these issues with this target population. The present study aimed to evaluate burden and depressive symptomatology and to investigate the association between these variables, in family caregivers of psychoactive substance dependents, in a philanthropic care institution, in a mid-sized city of Minas Gerais. The sample consisted of 50 family caregivers interviewed with the BI and BDI-II scales and a sociodemographic and clinical questionnaire. Descriptive, univariate and multivariate analysis were conducted. The mean global burden score was mild-to-moderate ($34,80 \pm 19,94$), and 28,0%, 36,0%, 26,0% and 10,0% of relatives have presented little or no burden, mild-to-moderate burden, moderate-to-severe burden and severe burden, respectively. Mean global score of depressive symptomatology was mild ($18,00 \pm 12,86$) and 44,0%, 16,0%, 18,0% and 22,0% of relatives have presented little or no depressive symptoms, mild, moderate and severe depressive symptomatology, respectively. Significant positive correlations were found between the two variables. Regression analysis models showed that burden was the best predictor of depressive symptomatology. Other predictors were: low family income, not living with a partner, low quality perceived relationship with the patient and number of patient's disturbing behaviors. These results point to the need to develop interventions aiming to reduce the impact of caregiving in relatives of these patients, in order to reduce burden and depressive symptomatology.

Keywords: family caregivers, burden, depression, alcohol and other drugs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
Desinstitucionalização psiquiátrica: características e dificuldades	17
A Reforma Psiquiátrica no Brasil	21
Consumo de substâncias psicoativas: concepções, políticas e abordagens de atenção ..	25
Políticas brasileiras de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: o difícil encontro com o SUS e a Reforma Psiquiátrica.	28
A Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas	37
Serviços de Atenção em Regime Residencial: as comunidades terapêuticas	41
Impacto da dependência de álcool e outras drogas na família	45
Impacto no grau de sobrecarga dos familiares	52
Impacto no nível de sintomatologia depressiva	57
Relação entre sobrecarga e sintomatologia depressiva	60
Sobrecarga e sintomatologia depressiva como indicadores na avaliação dos serviços...	63
Estudos sobre sobrecarga e sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas	67
OBJETIVOS	74
Objetivo geral	74
Objetivos específicos	74
HIPÓTESE.....	75
MÉTODO	76
Tipo de estudo e delineamento	76
Local da pesquisa.....	76
População-alvo.....	78
Amostra.....	79
Instrumentos de medida	81
Escala <i>Burden Interview</i> (BI).....	81
Inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição (BDI-II)	82
Questionário sociodemográfico e clínico.....	84
Procedimento de coleta de dados.....	84
Análise de dados	86
Considerações éticas	87

RESULTADOS	89
Normalidade da amostra	89
Descrição da amostra	89
Características dos familiares.....	89
Variáveis sociodemográficas e de condições de vida	89
Variáveis das condições de cuidador.....	92
Características dos pacientes.....	94
Variáveis sociodemográficas e de condições de vida	94
Características clínicas dos pacientes.....	95
Comportamentos problemáticos dos pacientes	97
Descrição da sobrecarga subjetiva.....	100
Sobrecarga subjetiva global e categorias de classificação	100
Sobrecarga subjetiva por itens da escala.....	101
Descrição da sintomatologia depressiva	103
Sintomatologia depressiva global, por subescalas, e categorias de classificação	103
Sintomatologia depressiva por itens da escala	104
Relações entre sobrecarga e sintomatologia depressiva	106
Análise correlacional.....	106
Comparação entre categorias de sobrecarga	106
Análises univariadas da sintomatologia depressiva.....	107
Características dos familiares.....	108
Variáveis sociodemográficas e de condições de vida	108
Variáveis das condições de cuidador.....	109
Características dos pacientes.....	111
Variáveis sociodemográficas e de condições de vida	111
Variáveis clínicas dos pacientes	112
Análises multivariadas: fatores preditores da sintomatologia depressiva	114
Variáveis dos familiares	115
Variáveis sociodemográficas e de condições de vida associadas à sintomatologia depressiva	115
Variáveis das condições de cuidador associadas à sintomatologia depressiva ...	116
Sobrecarga subjetiva comparativamente às variáveis sociodemográficas, de condições de vida e das condições de cuidador	116
Variáveis dos pacientes	118

Variáveis sociodemográficas e de condições de vida associadas à sintomatologia depressiva dos familiares.....	118
Variáveis clínicas associadas à sintomatologia depressiva dos familiares.....	118
Sobrecarga subjetiva comparativamente às variáveis sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos pacientes	119
DISCUSSÃO	121
CONCLUSÃO.....	131
REFERÊNCIAS	134
ANEXOS	148
ANEXO A. Escala <i>Burden Interview</i> (BI)	149
ANEXO B. Escala <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI).....	151
ANEXO C. Questionário Sociodemográfico e Clínico	152
ANEXO D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	159

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Conformação da Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.....	39
Figura 2. Modelo teórico da sobrecarga de Maurin e Boyd (1990) que relaciona o transtorno psiquiátrico e a experiência de sobrecarga do familiar cuidador	54
Figura 3. Modelo teórico de Clyburn et al. (2000) que relaciona a sobrecarga subjetiva como uma variável mediadora da sintomatologia depressiva em familiares cuidadores	62
Tabela 1. Características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP).....	90
Tabela 2. Características das condições de cuidador dos familiares, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP).....	92
Tabela 3. Características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP).....	94
Tabela 4. Características clínicas dos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)	96
Tabela 5. Comportamentos problemáticos atuais apresentados pelos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP).....	98
Tabela 6. Comportamentos problemáticos anteriores apresentados pelos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP).....	99
Tabela 7. Escore global e classificação da sobrecarga subjetiva avaliada pela escala BI, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP).....	101
Tabela 8. Resultados por itens da escala BI, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)	102
Tabela 9. Escore global e por subescalas e classificação da sintomatologia depressiva avaliada pela escala BDI-II, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)	104
Tabela 10. Resultados por itens da Escala BDI-II, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)	105
Tabela 11. Correlação entre o escore global da escala BI e o escore global e por subescalas da escala BDI-II, avaliada por meio do teste de correlação de Pearson.....	106
Tabela 12. Comparação dos pares dos escores globais de sintomatologia depressiva entre as categorias de classificação de sobrecarga por meio da análise de variância (ANOVA) e pelo teste <i>post hoc</i> de Tukey.....	107
Tabela 13. Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste <i>t</i> de <i>Student</i> para amostras independentes ..	108

Tabela 14. Análises univariadas das variáveis contínuas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson	109
Tabela 15. Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características das condições de cuidador dos familiares em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste <i>t</i> de <i>Student</i> para amostras independentes.....	110
Tabela 16. Análise univariada da variável contínua referente às características das condições de cuidador dos familiares em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson	111
Tabela 17. Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste <i>t</i> de <i>Student</i> para amostras independentes ..	111
Tabela 18. Análises univariadas das variáveis contínuas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson	112
Tabela 19. Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características clínicas dos pacientes em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste <i>t</i> de <i>Student</i> para amostras independentes	113
Tabela 20. Análises univariadas das variáveis contínuas referentes às características clínicas dos pacientes em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson	113
Tabela 21. Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos familiares associadas ao grau de sintomatologia depressiva.....	115
Tabela 22. Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis das condições de cuidador associadas ao grau de sintomatologia depressiva.....	116
Tabela 23. Análise de Regressão Linear Múltipla da sobrecarga subjetiva associada ao grau de sintomatologia depressiva, comparativamente às variáveis sociodemográficas, de condições de vida e das condições de cuidador.....	117
Tabela 24. Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes associadas ao grau de sintomatologia depressiva dos familiares	118
Tabela 25. Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis clínicas dos pacientes associadas ao grau de sintomatologia depressiva dos familiares	119
Tabela 26. Análise de Regressão Linear Múltipla da sobrecarga subjetiva associada ao grau de sintomatologia depressiva dos familiares, comparativamente às variáveis sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos pacientes	120

INTRODUÇÃO

Em cada quatro famílias, uma possui, pelo menos, um membro que apresenta algum transtorno psiquiátrico e comportamental, dentre os quais os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (OMS, 2001). O abuso e a dependência de drogas são um desafio de abrangência mundial, caracterizando-se como um problema social e de saúde pública (Matos, Pinto, & Jorge, 2008; Pratta & Santos, 2006). De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas, fornecido pelo *United Nations Office on Drugs and Crimes*, estima-se que 5,2% da população mundial entre 15 e 64 anos tenham utilizado algum tipo de substância ilícita em 2012, contabilizando aproximadamente 243 milhões de pessoas. Nesse estudo, o número de pessoas que usavam drogas regularmente, somado às que apresentavam dependência ou transtornos relacionados ao uso de substâncias, totalizou em torno de 27 milhões, o que corresponde a 0,6% da população mundial adulta (UNODC, 2014).

O consumo de substâncias psicoativas é comum na maioria dos países, inclusive no Brasil (Mota, 2007). No II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, constatou-se que, em 2005, o álcool era a substância lícita mais utilizada no País, contabilizando 74,6% dos indivíduos, e a prevalência do uso do tabaco era de 44,0%, para o uso na vida. No que diz respeito às outras drogas, a de maior consumo e acessibilidade foi a maconha (8,8%), seguida pelos solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), cocaína (2,9%), opiáceos (1,3%) e crack (0,7%). Quando comparados os levantamentos de 2001 e 2005, os resultados encontrados indicam aumento na prevalência de dependência do álcool (de 11,2 para 12,3%), do tabaco (de 9,0 para 10,1%) e da maconha (de 1,0 para 1,2%) (Carlini et al., 2007).

O uso abusivo de drogas atinge direta ou indiretamente diversos setores da sociedade, causando gastos e inúmeros prejuízos (Zanatta, Garguetti, & Lucca, 2012). O consumo de bebida alcoólica foi associado a cerca de 30 a 50% dos acidentes graves e fatais de trânsito em diversos países (Marin & Queiroz, 2000), a 50% de todos os homicídios cometidos, a mais de 30% dos suicídios e tentativas de suicídio, e à ocorrência de comportamentos violentos (Minayo & Deslandes, 1998). Além disso, de acordo com o relatório da *World Health Organization* (WHO) e da *World Organization of Family Doctors* (WONCA), pesquisas realizadas em 2002, em diversos países, indicaram que os transtornos psiquiátricos e relacionados ao uso de álcool e outras drogas foram responsáveis por 28% dos anos vividos com alguma incapacidade, no mundo todo, e 13%

da Carga Global de Doenças (WHO & WONCA, 2008). Essa medida considera a soma dos anos de vida perdidos pela morte prematura somados aos anos vividos com incapacidade, ajustados de acordo com a gravidade do transtorno. No Brasil, os transtornos neuropsiquiátricos contribuíram com 22% da Carga Global de Doenças, sendo que os transtornos decorrentes do uso de álcool foram responsáveis por 4% dessa carga. Estimou-se, ainda, que, em 2012, pelo menos 183 mil mortes tenham sido relacionadas ao uso de drogas (UNODC, 2014).

Além dos prejuízos causados ao próprio indivíduo e à sociedade em geral, a dependência de álcool e outras drogas afeta de forma significativa a vida dos familiares, gerando elevado ônus e podendo resultar no sentimento de sobrecarga e depressão. Estudos têm evidenciado que a presença de uma pessoa dependente na família acarreta diversas modificações na vida familiar, sejam elas nas relações interpessoais e sociais, nas atividades de lazer ou no aspecto financeiro (Mattoo, Nebhinani, Anil Kumar, Basu, & Kulhara, 2013). As situações às quais os familiares de dependentes são submetidos contribuem para o desencadeamento de elevados níveis de estresse (Fontana, Stumm, Kirchner, Gomes, & Ubessi, 2011) e aumenta a ocorrência de conflitos entre os membros da família (Mattoo et al., 2013). Os familiares veem-se diante da necessidade de lidar com a instabilidade comportamental do usuário, o que gera desequilíbrio nas atividades cotidianas, sentimentos de exaustão, insegurança e impotência (Soccol et al., 2014). Essa situação é agravada pela dificuldade encontrada pelos familiares no acesso aos serviços extra-hospitalares devido à distância geográfica e, até mesmo, à inexistência de tais serviços em alguns municípios (Oliveira & Mendonça, 2012).

A sobrecarga familiar refere-se às consequências negativas resultantes do papel de cuidador (Bandeira & Barroso, 2005; Maurin & Boyd, 1990; Rose, 1996) e vem sendo estudada mais frequentemente, nas últimas décadas, com relação aos cuidadores de pacientes psiquiátricos, em decorrência do processo de desinstitucionalização psiquiátrica (Tessler & Gamache, 2000). Entretanto, visto que a repercussão desse movimento no campo específico dos transtornos relacionados a álcool e outras drogas é relativamente recente, e somente em 2003 o Ministério da Saúde formulou uma Política Nacional Específica para Álcool e Drogas (Brasil, 2007), a sobrecarga dos familiares cuidadores de dependentes de substâncias psicoativas tem sido menos investigada.

Além da sobrecarga, a depressão também consiste em um resultado negativo do papel de cuidador de dependentes de álcool e outras drogas. Foi observado que familiares de dependentes apresentam níveis de sintomatologia depressiva duas vezes maiores do que

a população em geral (Biegel, Katz-Saltzman, Meeks, Brown, & Tracy, 2010). No entanto, essa variável tem sido mais estudada em cuidadores de pacientes com Alzheimer e demência, havendo menos pesquisa com cuidadores de dependentes de substâncias psicoativas (Biegel et al., 2010). A sobrecarga e a sintomatologia depressiva são duas variáveis avaliadas que se encontram relacionadas como medidas de impacto do papel de cuidador de pacientes com transtornos neurológicos (Cotelo, Rodríguez, Pérez, Iglesias, & Lago, 2015; Mendéz, Giraldo, Aguirre-Acevedo, & Lopera, 2010; Pinquart & Sörensen, 2003; Santos et al., 2014; Sirari, Dhar, Vishwakarma, & Tripathi, 2014; Son et al., 2007; Springate & Tremont, 2011; Thompson, Bundek, & Sobolew-Shubin, 1990; Whitlatch, Feinberg, & Sebesta, 1997; Yoon, 2003), psiquiátricos (Dias, 2011; Magaña, García, Hernández, & Cortéz, 2007; Oldridge & Hughes, 1992; Song, Biegel, & Milligan, 1997; Thunyadee, Sitthimongkol, Sangon, Chai-Aroon, & Hegadoren, 2015) e com dependência de álcool e outras drogas (Li et al., 2013).

Com o objetivo de identificar estudos que tenham avaliado a sobrecarga e a sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas, foi realizada uma busca nos indexadores SciELO, Lilacs, Pubmed, BVS, Medline e PsycInfo, com os descritores “sobrecarga”, “depressão”, “sintomas depressivos”, “familiares”, “cuidadores”, “substâncias” e “drogas”, bem como os termos correspondentes em inglês “burden”, “depression”, “depressive symptoms”, “family”, “caregivers”, “drugs” e “substances”. Foram encontrados 38 estudos relacionados ao tema, dos quais 26 foram descartados, visto que 11 consistiam em revisões de literatura, sete eram pesquisas qualitativas e oito não avaliaram nem a sobrecarga e nem a depressão dos familiares cuidadores de dependentes de substâncias. Das 12 pesquisas restantes, oito tinham como objetivo avaliar a sobrecarga de familiares de usuários de álcool e outras drogas (Biegel, Ihler, Katz, & Johnson, 2007; Hoertel & Limosin, 2014; Lamichhane, Shyangwa, & Shakya, 2008; Malik, Kumar, Sidhu, Sharma, & Gulia, 2012; Mattoo et al., 2013; Nebhinani, Anil, Mattoo, & Basu, 2013; Pereira & Soares, 2011; Shyangwa, Tripathi, & Lal, 2008), apenas uma buscou avaliar os sintomas depressivos desses familiares (Maciel, Melo, Dias, Silva, & Gouveia, 2014) e três investigaram tanto a sobrecarga quanto os sintomas depressivos nessa população-alvo (Biegel et al., 2010; Li et al., 2013; Marcon, Rubira, Espinosa, Belasco, & Barbosa, 2012). Dentre esses três últimos estudos, somente as pesquisas internacionais desenvolvidas por Li et al. (2013) e Biegel et al. (2010) buscaram verificar a relação entre as duas variáveis. O estudo de Li et al. (2013) encontrou uma correlação positiva significativa entre a sobrecarga subjetiva e a sintomatologia

depressiva dos familiares. No estudo de Biegel et al. (2010), não foi possível encontrar relação entre essas variáveis.

Os problemas de pesquisa identificados na literatura consultada consistem na carência de estudos avaliando a sobrecarga e a sintomatologia depressiva como medidas de impacto do papel de cuidador de dependentes de álcool e outras drogas e na ausência de estudos nacionais que tenham investigado a relação entre essas variáveis. A questão de pesquisa que se coloca, neste trabalho, é em que grau o papel de cuidador está relacionado ao nível de sobrecarga e de sintomatologia depressiva em familiares de pessoas com dependência de álcool e outras drogas e qual a relação entre essas variáveis.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O impacto sofrido pelos familiares, no papel de cuidadores de pessoas com dependência de substâncias psicoativas, se inscreve no âmbito das políticas públicas de cuidados em álcool e drogas, e, de maneira mais ampla, em Saúde Mental. Por esse motivo, serão apresentados, inicialmente, o desenvolvimento histórico do movimento de desinstitucionalização psiquiátrica no contexto internacional, suas características e as dificuldades encontradas, tendo em vista, especialmente, a modificação no papel exercido pela família na assistência ao paciente psiquiátrico resultante desse processo. Será, também, apresentada a forma como se deu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, cujos objetivos e conquistas no campo da saúde mental embasaram, posteriormente, a criação de políticas públicas e da rede de atenção comunitária aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares.

Em seguida, serão abordados os modelos de concepção acerca do uso de substâncias psicoativas, os principais posicionamentos políticos adotados para o enfrentamento dessa questão no cenário internacional e suas implicações para as formas de abordagem das pessoas com uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas. Será abordado, também, o posicionamento do Brasil diante dessa questão, os impasses no encontro do campo de álcool e outras drogas com a Reforma Psiquiátrica e a Saúde Pública, e o desenvolvimento do atual cenário de políticas públicas de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Ainda nesse contexto, serão apresentados os dispositivos que compõem a rede de atenção comunitária aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares, em especial as comunidades terapêuticas, e as dificuldades que a rede tem encontrado para atender às necessidades dessa população.

Posteriormente, será discutido o impacto que a dependência de álcool e outras drogas acarreta na vida e na saúde mental dos familiares, o qual tem sido mais estudado nas últimas décadas em decorrência da reestruturação da atenção em saúde mental e do papel atribuído à família no cuidado e na reinserção social do paciente. Nesse sentido, será dada ênfase à sobrecarga subjetiva e à sintomatologia depressiva dos familiares como consequências de seu papel de cuidador. Será introduzido, também, o tema referente à avaliação de serviços de saúde mental, tendo em vista que a sobrecarga e a saúde mental dos familiares consistem em indicadores indiretos da qualidade dos serviços. Por fim, serão apresentados estudos encontrados sobre a sobrecarga subjetiva e a sintomatologia

depressiva de familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, que constituem o objeto de estudo do presente trabalho.

Desinstitucionalização psiquiátrica: características e dificuldades

O campo da saúde mental passou por diversas mudanças nos últimos anos, gerando repercussões importantes na assistência aos dependentes de álcool e outras drogas e no papel exercido por seus familiares. As últimas décadas do século XIX e o início do século XX foram marcados pelo forte caráter asilar no que tangia aos cuidados destinados aos pacientes psiquiátricos, dentre os quais os usuários de álcool e outras drogas. Durante a segunda metade do século XX, no entanto, a Europa e a América do Norte foram palco de uma série de transformações sociológicas, farmacológicas, administrativas e legais que contribuíram para uma mudança no paradigma dos cuidados em saúde mental (Bandeira, 1991; OMS, 2001; Thornicroft & Tansella, 2010). A partir de meados de 1950, emergiu uma forte opinião sociológica que destacava a influência do meio social do paciente sobre sua sintomatologia e apontava os efeitos negativos da hospitalização prolongada, tais como a apatia, a perda da capacidade ocupacional, o prejuízo na competência social e a perda da autonomia. Além disso, denúncias de maus-tratos e a precariedade das instalações e do tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos passaram a ser alvo de críticas e contestações por parte do movimento que defendia os direitos civis e humanos dos pacientes (Bandeira, 1991; Morgado & Lima, 1994; OMS, 2001). Nesse mesmo período, o avanço na ciência, em especial o advento dos medicamentos psicotrópicos, possibilitou maior grau de controle sobre a sintomatologia dos pacientes, criando condições para que o tratamento pudesse ser realizado fora do hospital. O conjunto desses fatores, somado aos altos custos necessários para a manutenção dos grandes hospitais, culminou em um movimento em prol da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos (Bandeira, 1991; OMS, 2001; Thornicroft & Tansella, 2010).

A desinstitucionalização psiquiátrica, nome pelo qual ficou conhecido o movimento de reforma do antigo modelo de cuidado em saúde mental, tinha como objetivo mudar o foco do tratamento dos hospitais para a comunidade. Essa mudança envolvia, essencialmente, duas dimensões: a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitários (Bandeira, 1991; Bandeira, Gelinas, & Lesage, 1998; Lougon, 2006; Thornicroft & Tansella, 2010). A Inglaterra, pioneira nesse processo, iniciou seu movimento de desinstitucionalização em 1955. O

número de pacientes hospitalizados diminuiu 28% entre 1954 e 1971 (Bandeira, 1991). Nos Estados Unidos, no período de 1955 a 1983, essa redução chegou a 80%. Essa tendência à diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos foi observada, também, no Canadá, que registrou uma redução de 78% entre 1962 e 1997, e na Itália, com uma redução de 53,2% entre 1978 e 1987 (Bandeira et al., 1998).

De maneira geral, o cuidado comunitário em saúde mental baseia-se em serviços extra-hospitalares, situados próximos às residências dos pacientes, que oferecem tratamento especializado, suporte e acompanhamento por equipes multiprofissionais (Bandeira et al., 1998; OMS, 2001; Thornicroft & Tansella, 2010). A implantação desses serviços na comunidade, inerente ao movimento de desinstitucionalização, deveria ocorrer paralelamente ao processo de redução de leitos, a fim de evitar que o paciente ficasse desassistido, convertendo-se, assim, em um processo de mera desospitalização (OMS, 2001; Morgado & Lima, 1994). Além disso, tendo em vista as particularidades dos transtornos psiquiátricos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o cuidado comunitário e o cuidado hospitalar não deveriam se opor um ao outro, mas coexistir de maneira equilibrada, a fim de contemplar a ampla gama de necessidades apresentadas por esses pacientes (Thornicroft & Tansella, 2010). Observou-se, no entanto, que, embora a redução de leitos tenha sido bem-sucedida na maioria dos países, não foram implantados recursos comunitários suficientes, em quantidade e qualidade, capazes de atender às diversificadas demandas dos pacientes (Bandeira, et al., 1998; Lougon, 2006; OMS, 2001).

Além da criação de uma estrutura efetiva de cuidados na comunidade ter se mostrado mais dispendiosa do que se imaginava inicialmente, a falta de repasse das verbas obtidas com a redução de leitos pelos governos e a ausência de preparação adequada dos profissionais contribuíram para o surgimento de diversos problemas no processo em questão (Bandeira et al., 1998; Lougon, 2006; OMS, 2001). A desinstitucionalização baseava-se na expectativa de que os pacientes pudessem ser tratados fora do hospital e assumia que a comunidade forneceria os recursos essenciais de moradia, trabalho, apoio e supervisão aos pacientes. Ou seja, partia-se da concepção de que os pacientes tinham um lar e possuíam uma família, ou outra pessoa de referência, capaz de assumir a responsabilidade de fornecer os cuidados cotidianos e acompanhá-lo em seu tratamento. Todavia, dados do início da desinstitucionalização, nos EUA, indicaram que 48% da população de pacientes internados eram solteiros, 12% eram viúvos, 13% eram divorciados ou separados e grande parte dos pacientes não possuía familiares para cuidar deles. Em decorrência desses fatores, viram-se desamparados os pacientes crônicos graves, que

requeriam acompanhamento terapêutico intensivo e assistência às necessidades básicas, tais como alimentação e moradia (Lougou, 2006). Muitos pacientes crônicos, egressos de hospitais psiquiátricos, sem ter para onde ir e sem encontrar amparo adequado na comunidade, acabaram tornando-se moradores de rua (Morgado & Lima, 1994). Estudos sobre os sem-teto, realizados entre 1980 e 1991 nos EUA, encontraram uma prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool de 2% a 86% nesta população, enquanto a prevalência de transtornos decorrentes do uso de outras drogas variou de 2 a 70% (McCarty, Argeriou, Huebner, & Lubran, 1991).

Segundo Lougon (2006), diante do grande número de pacientes desassistidos, tanto pelos hospitais como pelos serviços comunitários, uma solução para a questão da moradia seria a alocação dos pacientes em lares abrigados. Porém, o autor salienta que o simples fato de um serviço substitutivo estar localizado fora do hospital não significa garantia de melhor qualidade de vida para esses pacientes. Um estudo realizado nos EUA, citado pelo autor, constatou que os lares abrigados assemelhavam-se aos hospitais públicos, apresentando ambientes sociais mais empobrecidos e alojando pacientes mais crônicos e com mais sequelas. Além disso, a maioria desses estabelecimentos consistia em ambientes perigosos, opressivos e insalubres, que não ofereciam qualquer tipo de acompanhamento terapêutico e funcionavam com equipes mínimas. Lougon (2006) destaca que, caso a infraestrutura e os recursos necessários não estejam disponíveis, os diversos problemas e efeitos negativos das longas internações hospitalares podem ocorrer, também, nos serviços comunitários.

Outra consequência decorrente do movimento de desinstitucionalização refere-se ao fenômeno da porta giratória ou “*revolving door*”. Esse fenômeno consiste no fato de o paciente ser admitido por um período de tempo mais breve, de acordo com o novo modelo de assistência, e, após receber alta, ser re-hospitalizado em outra instituição, passando, assim, por sucessivas reinternações ao longo da vida (Lougou, 2006; Morgado & Lima, 1994). Alguns fatores associados à porta giratória são apontados na literatura, dentre eles a falta de coordenação entre os serviços comunitários, a falta de integração entre o cuidado comunitário e hospitalar, e a falta de acompanhamento contínuo do paciente (Bandeira & Barroso, 2005). A porta giratória consiste em um indicador da assistência comunitária, tendo em vista que altas taxas de re-hospitalização podem apontar para a falta de recursos extra-hospitalares e a carência de amparo na comunidade (Morgado & Lima, 1994). No Brasil, resultados obtidos em um estudo realizado com dependentes de drogas internados indicaram que 71,7% já haviam sido internados anteriormente para tratamento de

dependência de substâncias psicoativas (Ferreira, Capistrano, Maftum, Kalinke, & Kirchhof, 2012).

Uma terceira consequência da desinstitucionalização consistiu no aumento dos problemas dos pacientes psiquiátricos com a polícia e a justiça. Esse problema ocorreu devido, em grande parte, a dois fatores: o despreparo notável da polícia para lidar com esses pacientes, levando-os frequentemente às delegacias, e não aos serviços de saúde mental; e a luta pela igualdade de direitos do paciente psiquiátrico, que acabou perdendo sua inimizabilidade por transtorno mental e passou a responder à justiça como qualquer outra pessoa (Morgado & Lima, 1994). Em alguns casos, o paciente sai do hospital, mas é encarcerado, como um criminoso comum, em uma instituição ainda pior: a prisão (Morgado & Lima, 1994). Quanto à relação entre transtornos psiquiátricos e criminalidade, estudos citados por Lougon (2006) constataram que a maioria dos crimes era cometida por usuários de drogas e pessoas com transtornos de personalidade e que, mesmo dentre as pessoas com outros transtornos, o uso de álcool e drogas, somado à não adesão ao tratamento, eram fatores associados significativamente à ocorrência de comportamentos violentos.

A desinstitucionalização produziu, também, outro efeito colateral indesejado e grave, que se refere ao elevado ônus não monetário ocasionado pelo tratamento comunitário dos transtornos psiquiátricos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Como a ocorrência do transtorno se torna pública, o paciente acaba expondo a si e sua família à comunidade, que, geralmente, apresenta reações e atitudes negativas (Lougon, 2006; Morgado & Lima, 1994; OMS, 2001). Entusiastas do movimento de desinstitucionalização acreditavam que a melhoria nos modelos de tratamento, as campanhas de conscientização e a proximidade com os pacientes na comunidade desmistificariam as incompreensões em torno dos transtornos mentais e reduziriam o estigma sofrido pelos pacientes (Lougon, 2006; OMS, 2001; Thornicroft & Tansella, 2010). Outros pesquisadores, por outro lado, preocupavam-se com a possibilidade de o estigma e a discriminação aumentarem com a presença dos pacientes na comunidade, visto que, muito frequentemente, eles emitem comportamentos problemáticos e embaraçosos, que se tornariam visíveis a todos (Lougon, 2006).

O ônus não monetário envolve, também, o impacto dos transtornos psiquiátricos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas na vida dos familiares dos pacientes, foco deste trabalho. A implantação do novo modelo de tratamento em saúde mental na comunidade contribuiu para uma mudança positiva de atitude dos profissionais em relação

às famílias dos pacientes, que, antes responsabilizadas como a causa dos transtornos, passaram a ser consideradas significativas aliadas no tratamento e reinserção social dos pacientes. Por outro lado, houve aumento do envolvimento dos familiares no papel de cuidadores desses pacientes, constituindo sua principal fonte de cuidados informais cotidianos, sem terem, no entanto, o conhecimento e a preparação adequada para assumirem essa importante responsabilidade (Bandeira & Barroso, 2005, Bandeira, Lima, & Barroso, 2014; Tessler & Gamache, 2000). Na maioria das vezes, o familiar não sabe como lidar com os sintomas do paciente, o que pode contribuir para que se sinta sobrecarregado (Morgado & Lima, 1994). Os familiares de dependentes de álcool e outras drogas, em especial, vivenciam diversas situações adversas, desde o processo de dependência, o tratamento, a abstinência, a recaída, até a recuperação. Esses fatores podem contribuir para o desencadeamento e manutenção de níveis elevados de estresse, repercutindo na saúde da família e no próprio processo de recuperação do dependente (Fontana et al., 2011). O impacto da dependência de substâncias na vida dos familiares cuidadores será desenvolvido detalhadamente mais adiante.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No âmbito nacional, a saúde pública não vinha dando a atenção necessária às pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas, gerando uma relevante lacuna nas políticas e cuidados voltados a esses pacientes e seus familiares. A questão das drogas acabou, então, sendo deixada a cargo de instituições da justiça, segurança pública, bem como associações religiosas e filantrópicas (Brasil, 2007). O surgimento das primeiras políticas de assistência e serviços voltados especificamente aos usuários de álcool e outras drogas ocorreu somente após a consolidação do movimento de desinstitucionalização no Brasil e, posteriormente, ao desenvolvimento dos serviços comunitários de saúde mental (Delgado et al., 2007).

O movimento de desinstitucionalização no Brasil, conhecido como Reforma Psiquiátrica, teve início no final dos anos 1970, influenciado pelas mudanças que já vinham ocorrendo em outros países, como a Inglaterra e os EUA. Esse movimento foi contemporâneo da eclosão da Reforma Sanitária, que, com a Constituição de 1988, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Delgado et al., 2007). Em 1989, a Reforma Psiquiátrica adentrou no campo legislativo com o Projeto de Lei elaborado pelo deputado Paulo Delgado, que tinha como proposta a substituição dos

hospitais psiquiátricos por uma rede de assistência comunitária em saúde mental, bem como a regulamentação dos direitos dos pacientes psiquiátricos. A década de 90 do século XX também foi marcada por progressos significativos, como a assinatura do Brasil na Declaração de Caracas. Além disso, em 1992, o Ministério da Saúde passou a financiar e regulamentar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) por meio da Portaria GM 224/92 (Brasil, 2004). Nesse período, embora tenha ocorrido um processo de expansão dos serviços comunitários, 93% do orçamento em Saúde Mental ainda eram direcionados aos hospitais psiquiátricos (Delgado et al., 2007).

A Reforma Psiquiátrica foi legalizada somente em 2001, com a aprovação da Lei Federal 10.216, tornando-se, então, política oficial do Governo Federal. Essa Lei redirecionou a assistência em saúde mental do hospital para os serviços de base comunitária e assegurou a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos. Seguindo nessa mesma direção, o Ministério da Saúde criou linhas de financiamento específicas para os serviços substitutivos e instituiu mecanismos de fiscalização, gestão e redução dos leitos psiquiátricos (Delgado et al., 2007). Dentre os programas e instrumentos desenvolvidos para auxiliar na desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, destacam-se o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar do SUS (PRH), que monitoravam o processo de redução de leitos e avaliavam a qualidade da assistência dos hospitais públicos e conveniados ao SUS (Delgado et al., 2007).

Em 2003, foi criado o Programa de Volta para Casa, considerado um dos mais importantes instrumentos para a reintegração de pacientes psiquiátricos longamente institucionalizados. Esse Programa fornece apoio financeiro aos pacientes por meio do pagamento direto de um auxílio-reabilitação, tendo como objetivo assegurar o bem-estar geral do indivíduo e fomentar o exercício de seus direitos civis, políticos e de cidadania (Delgado et al., 2007).

Paralelamente à redução de leitos, foram desenvolvidos serviços comunitários de saúde mental, dentre os quais destacam-se os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Os CAPS constituem os principais dispositivos de assistência à saúde mental, desempenhando papel estratégico como reguladores da porta de entrada na rede de cuidados em saúde mental e fornecendo suporte à rede básica (Delgado et al., 2007). São constituídos por equipes multiprofissionais que fornecem atendimento especializado a

pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos graves e persistentes e àquelas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O cuidado é realizado a partir de projetos terapêuticos individuais em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS podem ser classificados em: CAPS I, para municípios com mais de 20 mil habitantes e funcionando de segunda a sexta-feira, das 8 às 18h; CAPS II, para municípios com mais de 70 mil habitantes, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8 às 18h, mas podendo funcionar até às 21 horas; CAPS III, para municípios com mais de 200 mil habitantes, funcionando 24 horas todos os dias; e CAPSi, destinados a crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em regiões com mais de 150 mil habitantes (Brasil, 2011a; Costa, Colugnati, & Ronzani, 2015). Além destes, foram criados, posteriormente, dispositivos especificamente voltados para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, como o CAPSad em 2002 (Brasil, 2004), e, mais recentemente, o CAPSad III, em 2010 (Brasil, 2010). Esses serviços serão descritos detalhadamente mais adiante.

Os SRT foram criados para atender às demandas de moradia de pacientes psiquiátricos graves, sendo eles egressos de hospitais psiquiátricos ou não, e auxiliá-los em seu processo de reintegração psicossocial. Referem-se a casas localizadas no perímetro urbano, com capacidade para abrigar oito moradores, e que contam com um cuidador para dar suporte aos moradores na execução de tarefas cotidianas e no deslocamento pela cidade, visando, sempre, à autonomia do paciente. Cada residência deve estar vinculada a um CAPS em seu território (Delgado et al., 2007).

Além dos CAPS e dos SRT, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011 pela Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, é composta por: Unidades Básicas de Saúde; equipes de atenção básica para populações específicas, como a Equipe de Consultório de Rua; Centros de Convivência e Cultura; serviços de atenção de urgência e emergência, como o SAMU, Salas de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial; enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno psiquiátrico e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011a). Esses serviços articulam-se com outras instituições, associações e cooperativas da sociedade civil e variados espaços da cidade, compondo a rede comunitária de cuidado em saúde mental (Delgado et al., 2007).

A rede comunitária de saúde mental, por sua vez, é parte integrante do SUS, sendo estruturada de acordo com os mesmos princípios norteadores de integralidade, universalidade, gratuidade e equidade na oferta de serviços. O SUS é composto por serviços públicos, privados e filantrópicos, organizados regionalmente, de maneira descentralizada, coordenados por cada nível do Governo e com participação ativa da população por meio dos Conselhos de Saúde (Andreoli, 2007; Delgado et al., 2007).

Em relação ao progresso da Reforma no Brasil, dados recentes indicam que, nos últimos anos, a redução de leitos psiquiátricos tem sido efetiva, constatando-se queda de 51.393 mil leitos, em 1998, para 29,958 mil leitos em 2012. Acompanhando esse processo, o número de CAPS aumentou, nesse mesmo período, de 148 para 1.803 unidades, possibilitando uma cobertura de 74% da população brasileira. Os SRT, por sua vez, registraram aumento, entre 2002 e 2011, de 85 para 625 unidades, respectivamente. Essa tendência também foi observada em relação ao Programa de Volta para Casa, cujo número de beneficiados passou de 206 para 4.085 desde a data de sua implantação até o ano de 2012 (Brasil, 2011b, 2012). Quanto ao direcionamento das verbas em saúde mental, até 2005, os gastos com serviços hospitalares superavam o investimento nos serviços de base comunitária, havendo, posteriormente, uma inversão nesse direcionamento. Em 2011, 71,09% da verba em saúde mental foram destinados aos serviços comunitários, enquanto 28,91% investidos na rede hospitalar. Apesar de todas essas mudanças, tem-se observado um declínio no financiamento destinado à saúde mental. A verba que, em 1995, consistia em 5,8% do orçamento total da saúde (Andreoli, Almeida-Filho, Martin, Mateus, & Mari, 2007), totalizou somente 2,31% em 2011 (Brasil, 2012). Esses valores, embora sejam melhores do que os de outros países na América Latina, são bastante inferiores aos aplicados nos EUA, 6%, e no Canadá, 11% (Kohn, Mello, & Mello, 2007).

O baixo financiamento do Governo tem ocasionado o surgimento de diversos problemas no sistema público de saúde, como longas listas de espera e baixa qualidade do cuidado. No que se refere à saúde mental, constatou-se a distribuição desigual dos serviços pelas regiões do Brasil e a carência de profissionais especializados, como psiquiatras e enfermeiros (Andreoli et al., 2007). Apesar de ter sido desenvolvida uma rede comunitária de cuidados composta por serviços diversificados, muitos pacientes não têm acesso ao atendimento e recorrem à rede privada de assistência, ou então, na ausência de condição financeira para tal, acabam ficando desassistidos (Kohn et al., 2007).

Embora o novo modelo de assistência tenha encontrado alguns obstáculos para sua consolidação, a Reforma Psiquiátrica brasileira representou grande conquista para os

pacientes, seus familiares e os profissionais em saúde mental. No entanto, apesar de grande parte das pessoas serem internadas nos hospitais psiquiátricos por questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, a Reforma Psiquiátrica, inicialmente, não conseguiu abarcar, no rol de seus desafios, a discussão do cuidado comunitário para essas pessoas da mesma forma como o fez para os portadores de outros transtornos psiquiátricos (Assis, Barreiros, & Conceição, 2013). No Brasil, o Estado assumiu tardiamente sua responsabilidade nas políticas públicas e na assistência aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares. Essa omissão histórica acabou gerando significativa lacuna de iniciativas consistentes e regulares direcionadas a esse público específico (Marques & Mângia, 2009). Iniciou-se, dessa forma, um processo de indefinição, tanto da necessidade quanto da responsabilidade pela implementação de ações de saúde na área de álcool e outras drogas no Brasil, que pode ser observado até os dias atuais (Machado, 2006). Serão apresentados, a seguir, no plano internacional, os principais posicionamentos políticos e concepções a respeito do uso de substâncias psicoativas e sua influência sobre os modelos de atenção e cuidado destinados aos usuários de álcool e outras drogas. Posteriormente, será apresentado o percurso histórico de desenvolvimento das políticas públicas de assistência e da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares em solo brasileiro.

Consumo de substâncias psicoativas: concepções, políticas e abordagens de atenção

São apontados, na literatura, quatro modelos de concepção da problemática do uso de álcool e outras drogas: o jurídico-moral; o biomédico ou sanitário; o psicossocial; e o sociocultural. Retomando as concepções sobre loucura promulgadas na Idade Média, o modelo jurídico-moral considera a droga como um mal a ser combatido, tendo em vista seu poder de corromper o indivíduo e afastá-lo do “bem” (Assis et al., 2013). O uso de drogas é tido como um problema de ordem moral, “uma prática delituosa, cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos” (Alves, 2009). Esse modelo parte do pressuposto de que é possível a existência de uma sociedade livre das drogas, traduzindo-se, portanto, em práticas de controle e repressão do uso e em propostas terapêuticas de cunho religioso, cujo principal objetivo é a abstinência. O segundo modelo, biomédico, parte da concepção do uso de drogas enquanto doença biologicamente determinada, embasando tratamentos focados na internação para desintoxicação e na adoção de uma terapêutica farmacológica (Assis et al., 2013). Embora esses dois modelos diverjam quanto

às suas propostas de intervenção, ambos compartilham do propósito de eliminação do consumo de drogas, seja pelo encarceramento ou pelo tratamento (Alves, 2009). Os modelos psicossocial e sociocultural, por sua vez, incluem fatores relacionados ao meio social e à dinâmica psicológica do indivíduo, levando em consideração os padrões sociais que definem o uso e os usuários de drogas, as diferenças entre quantidade, frequência e modalidade de utilização, e os efeitos produzidos nas diferentes pessoas (Assis et al., 2013; Moraes, 2005). A partir dessas concepções, destacam-se dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o proibicionismo, atrelado aos modelos jurídico-moral e biomédico, e a abordagem de redução de danos, mais relacionada aos modelos psicossocial e sociocultural (Alves, 2009).

No cenário internacional, predominou na área de drogas a abordagem proibicionista de “combate ou guerra às drogas”, protagonizada pelo Governo norte-americano. Esse modelo tinha como objetivo principal a abstinência de qualquer consumo de drogas ilícitas e concentrava suas ações em estratégias de repressão à produção, à comercialização e à utilização de drogas, tratando o tema exclusivamente como uma “questão de polícia” (Laport, 2015; Mota & Ronzani, 2013). A perspectiva do uso de drogas como algo moralmente incorreto justificava a utilização de medidas de punição, que visavam a marginalizar e tratar o indivíduo como criminoso. Com a influência da medicina, houve a substituição do rótulo de “usuário criminoso” pelo de “usuário doente”. Ou seja, além da penalização na justiça criminal, outra medida de punição educativa passou a ser o isolamento dos usuários em hospitais psiquiátricos. A internação em tais instituições tratava-se, também, de uma estratégia de segurança ao indivíduo e à sociedade (Mota & Ronzani, 2013). Observa-se, portanto, de um lado, uma visão meramente repressiva guiada pela ideia do “usuário criminoso”, devendo este ser “tratado” e julgado pelo sistema penal, e, de outro, a política de patologização guiada pela ideia do “usuário doente”, devendo este ser “tratado” e julgado pelo sistema psiquiátrico (Laport, 2015).

De acordo com Alves (2009), a assistência à saúde ofertada segundo a perspectiva proibicionista tem sido caracterizada como de “alta exigência”. Nessa abordagem, não há distinção entre os diferentes padrões de uso de drogas. Padrão de consumo algum é tolerado e a abstinência se configura como condição, meio e finalidade do tratamento, característica que, para as pessoas que fazem uso prejudicial ou com dependência de drogas, pode representar uma barreira significativa no acesso às instituições de saúde. Além disso, a abordagem proibicionista, cuja ênfase incidiu na redução da oferta de

drogas, por meio da criminalização tanto do tráfico quanto do uso de drogas ilícitas, conferiu importância secundária à redução da demanda, promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento aos dependentes de drogas. Estima-se que, dos recursos financeiros da política de drogas norte-americana, menos de 10% sejam destinados às ações de tratamento (Alves, 2009).

Na contramão da experiência americana, a Europa constituiu o berço de outra abordagem em relação à problemática do uso de drogas, como uma alternativa de saúde pública aos modelos de atenção pautados exclusivamente na abstinência. A Holanda e o Reino Unido foram precursores do modelo de redução de danos, o qual se consolidou na década de 1990 devido ao impacto produzido na prevenção de transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis. As políticas e programas de redução de danos têm focado intervenções orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos, relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente coibi-lo. Parte-se da concepção de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade. Dessa forma, o foco de ação é desviado da supressão do uso de drogas na sociedade para o estabelecimento de estratégias que reduzam os danos a ele relacionados em prol tanto dos usuários como da coletividade (Alves, 2009).

Segundo Alves (2009), ao contrário do que ocorre com as políticas proibicionistas, o tratamento orientado pela lógica da redução de danos tem sido descrito como de “baixa exigência”, visto que não exige dos usuários a abstinência como um pré-requisito obrigatório. Isso não significa, entretanto, que o enfoque da redução de danos contraponha-se à abstinência como um resultado ideal do tratamento. Ocorre que, ao invés de delimitar a abstinência como única meta aceitável da prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias, empregando estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo.

A concepção do “combate às drogas” restringe a questão ao campo da segurança pública, ao passo em que o “problema das drogas” a situa no âmbito da saúde pública. Desse modo, tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas são concebidas como uma ameaça não à ordem social, mas à saúde da população em seu sentido mais amplo, tendo em vista particularmente os danos associados ao uso de tais substâncias (Mota & Ronzani, 2013). Os pressupostos ideológicos que embasam as diferentes tônicas das políticas públicas sobre drogas, bem como os benefícios e os danos associados a cada uma delas, têm

propiciado um profícuo debate, especialmente no que se refere ao modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009).

Políticas brasileiras de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: o difícil encontro com o SUS e a Reforma Psiquiátrica

As primeiras intervenções do Governo brasileiro referentes aos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas ocorreram nas primeiras décadas do século XX. Influenciado pela experiência dos EUA e por movimentos e decisões internacionais, especialmente as convenções da Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil adotou um posicionamento proibicionista e repressivo de enfrentamento e combate às drogas (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015; Santos & Oliveira, 2013). Essa abordagem, originada na década de 1920, foi desenvolvida predominantemente nos campos da Justiça e da Segurança Pública, considerando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto (Costa, 2014). Nesse contexto, foi criado um aparato jurídico-institucional, cujo principal objetivo era estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e preservar a segurança e a saúde pública no País. Constituído por um conjunto de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas, esse aparato previa penas que excluía os usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios ou estabelecimentos correccionais (Alves, 2009; Costa, Colugnati et al., 2015; Machado & Miranda, 2007).

A partir de 1970, a legislação brasileira sobre o tema passou a receber influência, também, da medicina, mais especificamente da psiquiatria. O usuário, antes considerado somente criminoso, passou a ser identificado, também, como doente. O discurso médico passou a fornecer outro tipo de subsídio técnico que legitimava a necessidade de controle do uso de drogas, justificando a intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo, sendo ele considerado incapaz de saber o que é melhor para si (Costa, 2014; Machado & Miranda, 2007). Foram propostos, então, diversos dispositivos assistenciais voltados ao seu tratamento e recuperação, dentre os quais os hospitais psiquiátricos e, posteriormente, os centros especializados de tratamento, sendo eles públicos ou filantrópicos (Costa, Colugnati et al., 2015; Machado & Miranda, 2007). Em 1971, foi proposta, no âmbito da justiça penal, a Lei 5.726, que dispôs sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico e uso de substâncias psicoativas. Nessa Lei, no entanto, não há qualquer referência à oferta de tratamento aos usuários de drogas a não ser àqueles

considerados “infratores viciados”. Nesses casos, o tratamento consistia em internações compulsórias em hospitais psiquiátricos pelo tempo que fosse julgado necessário para sua recuperação (Alves, 2009; Santos & Oliveira, 2013). Vale ressaltar que essas ações não tinham como foco o direito do usuário à saúde e ao tratamento, e sim a “reabilitação criminal do viciado” (Alves, 2009; Costa, Colugnati et al., 2015).

O termo “dependência” de substâncias psicoativas foi inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 1893, passou por uma revisão em 1969, na qual foi introduzida a noção de farmacodependência, e, posteriormente, foi revisado e ampliado, novamente, em 1975. Adquirindo conotações de transtorno mental, principalmente devido às contribuições da psiquiatria e da psicanálise, os transtornos relacionados ao uso de substâncias passaram a ser alvo das mesmas intervenções destinadas aos pacientes psiquiátricos (Moraes, 2008). A Lei 6.368, de 1976, reafirmou a tendência de abordar o abuso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, já verificada na Lei de 1971, por meio de algumas modificações nas propostas assistenciais, entre elas: a substituição do termo “viciado” por “dependente de drogas”; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar; e a proposição do tratamento, e não mais da internação, como medida compulsória (Machado, 2006). Essa Lei apresentou certo avanço ao ampliar o leque de ações preventivas aos dependentes de drogas em geral, e não somente para os “infratores viciados”, além de propor o tratamento extra-hospitalar em serviços públicos ou privados para os casos em que a internação não fosse necessária (Alves, 2009). Todavia, as orientações legislativas previstas na referida Lei começaram a ter efeitos práticos cerca de uma década após sua aprovação e promulgação, visto que os primeiros serviços extra-hospitalares especializados na assistência aos usuários de drogas ilícitas começaram a ser criados no Brasil somente na segunda metade da década de 1980 (Alves, 2009; Machado, 2006). Levando-se em conta essa lacuna na rede extra-hospitalar de atenção especializada, a internação em hospitais psiquiátricos, sob a alçada do Ministério da Justiça, constituiu-se, naquele momento, como único recurso terapêutico possível a uma significativa parcela de usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009; Costa, 2014; Costa, Mota, Paiva, & Ronzani, 2015; Santos & Oliveira, 2013).

É importante ressaltar que tais medidas assistenciais foram voltadas, inicialmente, somente para os consumidores de drogas ilícitas, excluindo o uso de álcool (Machado & Miranda, 2007; Mota & Ronzani, 2013). Esse fato indica que as primeiras práticas de

atenção aos usuários de drogas no Brasil foram orientadas mais pelos compromissos assumidos no plano internacional, como um dos países signatários das convenções internacionais de repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, do que orientadas pela necessidade de atenção em saúde gerada pelo consumo de substâncias psicoativas (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007).

Este cenário, marcado pela ausência de atenção aos usuários de drogas e seus familiares no setor público de saúde, propiciou o surgimento e expansão de diversas instituições de natureza não governamental, como as comunidades terapêuticas, e da tentativa de resposta ao problema pela sociedade civil organizada, com os grupos de mútua ajuda (Alves, 2009; Assis et al., 2013; Costa, 2014; Costa, Colugnati et al., 2015; Machado & Miranda, 2007). As comunidades terapêuticas, em sua maioria serviços filantrópicos de orientação religiosa, destinados à recuperação de dependentes, começaram a ser criadas no País na década de 1970, em um contexto de oposição ao hospital psiquiátrico, e tiveram seu número expandido na década de 1990 (Alves, 2009; Mota, 2011). Esse modelo de tratamento será apresentado posteriormente em um tópico específico. Além disso, no Brasil, há uma longa tradição de movimentos sociais de mútua ajuda entre os usuários de drogas, como os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), que, por meio da troca de experiências, ensinam a lidar com a dependência e a estabelecer a abstinência (Machado, 2006). Destacam-se, também, os grupos de apoio e orientação aos familiares, como o Al-Anon e o Amor Exigente (Payá & Figlie, 2004). Essas diferentes modalidades de intervenção externas ao aparato estatal representaram e representam, ainda hoje, uma parcela significativa dos serviços destinados aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares no Brasil. Em um mapeamento realizado em 2006 e 2007, foram contabilizadas 850 instituições não governamentais atuando na área de álcool e outras drogas em contraposição às 389 instituições governamentais (Mota, 2011).

Na década de 1980, durante o regime de ditadura militar, foi instituído, no âmbito do Ministério da Justiça, o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, tendo o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) como órgão normativo das ações governamentais, responsável pela formulação das políticas públicas relacionadas à questão das substâncias psicoativas (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007). As ações de repressão à produção, tráfico e consumo de drogas assumiram, inicialmente, um aspecto central na atuação do CONFEN. No entanto, nos últimos anos da década de 1980, a partir da redemocratização do País, algumas iniciativas desse órgão contribuíram para o desenvolvimento de práticas de atenção aos usuários de álcool e outras

drogas não orientadas exclusivamente pela perspectiva repressiva. Dentre elas, pode-se citar o apoio fornecido aos centros de referência, às comunidades terapêuticas e, também, aos programas de redução de danos para a prevenção da AIDS entre usuários de drogas injetáveis (Alves, 2009; Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007; Santos & Oliveira, 2013).

Nesse mesmo período, no âmbito do Ministério da Saúde, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) elaborou três documentos sobre a temática das drogas, dos quais dois abordaram especificamente os problemas decorrentes do abuso de bebidas alcoólicas. O documento de 1981, intitulado “Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo”, embora apontasse para a escassez de informações epidemiológicas sobre o uso de álcool no Brasil, estimava que os problemas decorrentes do uso abusivo já se constituíam como problemas de saúde pública e que apresentavam impacto relevante nos gastos da Assistência Psiquiátrica e da Seguridade Social. O documento “Proposta para o Programa Nacional de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuários de Drogas e Bebidas Alcoólicas”, elaborado em 1986, chamou novamente a atenção para o alto custo decorrente da utilização dos serviços de saúde e dos benefícios previdenciários por alcoolistas. Além disso, fez objeções à abordagem medicamentosa e hospitalar tradicionalmente utilizada para a abordagem do problema e propôs reorganizar as formas de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, buscando estender a cobertura dos serviços à população. O documento continha, ainda, a proposta de que a responsabilidade pela condução do referido Programa fosse atribuída ao Ministério da Saúde, por meio da DINSAM, e ao Ministério da Justiça, por meio do CONFEN. A DINSAM estabeleceu, também, em 1988, o “Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool” (PRONAL), com o apoio de um Comitê Assessor formado por especialistas na área de drogas ligados às universidades brasileiras. O PRONAL, assim como as propostas anteriormente mencionadas, não chegou a ser implementado. Observa-se que as transformações pelas quais passavam o setor público de saúde, referentes à criação do SUS e à reestruturação da atenção em saúde mental, não foram sequer citadas no documento, evidenciando desarticulação entre as ações propostas para abordagem do uso de álcool e as políticas de saúde e saúde mental do Brasil (Machado, 2006).

Em 1988, o CONFEN produziu um documento que continha propostas políticas para a área de drogas, abordando aspectos relativos ao tratamento e à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. O documento, denominado “Política Nacional na

Questão das Drogas”, propôs a criação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Esses centros deveriam estar idealmente ligados a instituições universitárias e constituírem-se como locais especializados para tratamento de dependentes, para formação de pessoal qualificado ao atendimento dessa população e para a realização de pesquisas na área. Nesse sentido, destaca-se a atuação dos centros de referência vinculados a universidades públicas, como a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007).

Na década de 1990, as condições do setor público de saúde pareciam mais favoráveis à criação de uma atenção pública aos usuários de álcool e outras drogas no campo da saúde mental. Entretanto, isso efetivamente não ocorreu (Machado, 2006). Entre 1991 e 1996, apesar do impacto do uso de álcool e outras drogas na saúde da população e dos dados relativos à demanda por cuidado e internação em hospitais psiquiátricos, por parte desse público, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM) não conseguiu incluir a discussão sobre as substâncias psicoativas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Dentro da COSAM, embora existisse um Comitê Assessor para o campo de álcool e outras drogas, não havia, nem entre os técnicos da saúde mental, nem da área de álcool e outras drogas, quem promovesse a articulação entre os dois campos. Durante esse período, a COSAM investiu, principalmente, em modificar a abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, sob a perspectiva da saúde, visando a deslocar a ênfase sobre o produto e as ações de redução de oferta para o indivíduo e as ações de redução de demanda, empreendendo uma política de resistência às práticas de atenção baseadas em concepções moralistas e repressivas (Machado, 2006). No CONFEN, a COSAM, que representava o Ministério da Saúde, não conseguiu introduzir sua concepção facilmente, visto que não coincidia com a forma tradicional de abordagem das drogas no País. Isso só foi possível com algumas modificações na condução dos trabalhos do CONFEN, que, a partir de 1994, possibilitaram a coexistência de abordagens diferentes (Machado, 2006).

Observa-se que os eventos ocorridos no decorrer da década de 1990 revelaram dificuldade de aproximação entre as áreas de álcool e outras drogas e a saúde mental. Embora constatassem alto número de leitos psiquiátricos ocupados por casos de alcoolismo e a inadequação dessa modalidade de tratamento para esses pacientes, os técnicos de saúde mental não contribuíram ativamente para a construção de respostas para essa situação no setor público de saúde. Inclusive, com o avanço da Reforma Psiquiátrica, alguns hospitais

psiquiátricos se tornaram mais criteriosos e deixaram de prestar assistência aos dependentes de álcool e outras drogas que se viram, então, diante da escassez de opções de atenção especializada. Apesar da constatação dessa necessidade, o processo de reestruturação de atenção em saúde mental, cujo objetivo era, justamente, a criação de redes de atenção comunitária substitutivas aos hospitais psiquiátricos, adiou por quase uma década a discussão e a proposição das diretrizes de atenção aos alcoolistas. Nem mesmo os movimentos sociais no campo da saúde mental incluíram em suas pautas aspectos vinculados à atenção aos dependentes de álcool e outras drogas. Essas dificuldades podem estar relacionadas ao fato de a Reforma Psiquiátrica brasileira ter recebido influências das reformas ocorridas na Itália e Espanha, as quais também não produziram respostas para a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas (Machado, 2006).

Ainda na década de 1990, a alta transmissão de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis conferiu maior visibilidade à realidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde. Evidenciaram-se a quase inexistência de ações destinadas ao enfrentamento desse problema e a necessidade de ações pragmáticas e efetivas de redução do impacto desses problemas na saúde da população. Os programas de redução de danos, já em curso para o controle de outras epidemias, passaram, também, a estar presentes nas políticas preventivas de HIV/AIDS (Machado, 2006; Mota, 2011).

Em 1996, o CONFEN elaborou um documento denominado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, no qual propôs o desenvolvimento de ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento. Foram incluídos, nesse documento, ações como o estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento, a substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção à dependência de substâncias psicoativas, o apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a promoção de capacitação de recursos humanos. Constou, também, no documento, a preocupação com o crescimento do consumo de drogas e a disseminação do vírus HIV, no caso dos usuários de drogas injetáveis (Machado & Miranda, 2007). O Programa Nacional Antidrogas, apesar de conter ações sanitárias e preocupações pertinentes ao campo da saúde pública, não propôs qualquer articulação com esse setor específico nem com os processos de consolidação do SUS de reestruturação da atenção em saúde mental ou com os programas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis. A responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento das ações de tratamento e de recuperação foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes, mantendo a tendência já

observada de indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades (Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007).

Foi durante a atuação do CONFEN que se registrou a maior expansão das comunidades terapêuticas. Até o fim da década de 1980, havia um antagonismo entre os grupos ligados ao meio científico e os que atuavam nas comunidades terapêuticas. O apoio do CONFEN favoreceu a aproximação das comunidades terapêuticas com o meio acadêmico, cuja parceria resultou na criação de duas federações de comunidades terapêuticas, a fim de garantir qualidades técnica e ética ao trabalho realizado nesses espaços: a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), criada em 1990, e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), criada em 1994. O CONFEN e a atuação das federações de comunidades terapêuticas contribuíram para que fossem criadas normas mínimas de funcionamento para esses serviços, o que culminou na publicação, em 2001, da Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007, Mota, 2011). Essa normatização se traduziu em melhorias assistenciais e contribuiu para o estabelecimento de condições mais dignas aos usuários de drogas e familiares atendidos nesses estabelecimentos (Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007).

Em 1998, o CONFEN foi extinto e foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) (Laport, 2015; Machado & Miranda, 2007). O SISNAD, que tinha o Ministério da Justiça como órgão central, possuía a função de integrar as atividades de repressão ao uso indevido, ao tráfico e à produção ilícita de drogas, por meio da Polícia Federal como órgão executivo, e as ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes sob responsabilidade da SENAD. Apesar de o Ministério da Saúde integrar o SISNAD, atividade alguma relacionada à atenção aos dependentes lhe foi atribuída (Machado & Miranda, 2007). Nesse mesmo ano, ocorreu o 1º Fórum Nacional Antidrogas, que teve como produto final a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Embora constasse, nesse documento, um capítulo dedicado à temática referente ao tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários de drogas, não houve qualquer proposição de articulação entre o campo de álcool e outras drogas e o setor público de saúde (Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007).

No 2º Fórum Nacional Antidrogas, ocorrido no ano de 2001, a PNAD, já homologada, foi apresentada à sociedade brasileira. Ressalta-se que, apesar de a PNAD conter dois capítulos relacionados à área da saúde, o evento ocorreu paralelamente à III

Conferência de Saúde Mental (CNSM), que propôs a inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Esse fato evidenciou, mais uma vez, a dificuldade de articulação entre a política nacional e a rede pública de saúde (Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007). Na III CNSM, realizada praticamente dez anos após o início da reestruturação da atenção em saúde mental no SUS, foi recomendada a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no processo da Reforma Psiquiátrica, o que transpôs, ao menos no campo discursivo, a barreira entre a área de saúde mental e a área de álcool e outras drogas. A partir da III CNSM, a própria área de saúde mental, que, no início do processo da Reforma apresentava resistência em incluir a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas, passou a reivindicar o estabelecimento de políticas públicas de atenção para essa área no âmbito das políticas de saúde mental (Machado, 2006).

Apesar do fortalecimento político da COSAM e das recomendações da III CNSM, o Ministério da Saúde manteve, até o início de 2002, um posicionamento ambíguo em relação à política a ser adotada e à área a ser responsabilizada pela abordagem dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. As comunidades terapêuticas, por meio da organização alcançada e de seu vínculo com instituições religiosas, passaram a exercer pressão política junto aos órgãos governamentais, buscando estabelecerem-se na área como modelo de tratamento. O processo de normatização desses espaços de tratamento contribuiu para o surgimento de uma demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, reforçando a tendência já existente em manter a atenção aos usuários de álcool e outras drogas fora do âmbito do setor público de saúde. No entanto, se, por um lado, havia pressão das comunidades terapêuticas para a obtenção de financiamento do SUS, posicionamento apoiado por alguns setores do Ministério da Saúde e da SENAD, havia, por outro lado, a pressão de outros setores do Ministério da Saúde, como a COSAM, para que os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas fossem abordados no âmbito do SUS. Essas divergências revelavam o debate político-ideológico entre as diferentes concepções em relação à abordagem dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas; ou seja, entre adotar uma política alinhada ao discurso antidrogas ou inaugurar uma outra proposta política focada na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública brasileira. Essa cisão era observada dentro do próprio Ministério da Saúde, no qual havia aqueles que defendiam que a política de álcool e outras drogas deveria se restringir ao financiamento das comunidades terapêuticas, enquanto outros defendiam a criação de uma política e uma rede de atenção a

essa população no âmbito do SUS (Machado, 2006). Apesar das pressões políticas, o Ministério da Saúde não estabeleceu qualquer articulação com as comunidades terapêuticas, prevalecendo, assim, o posicionamento daqueles que defendiam a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS (Machado, 2006; Machado & Miranda, 2007).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou algumas portarias voltadas para a regulamentação da atenção a usuários de álcool e outras drogas e a estruturação da rede de atenção a esses pacientes, passando a considerar o uso de substâncias como um problema de saúde pública, e não médico-psiquiátrico ou jurídico. A Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, definiu normas e diretrizes para a organização dos CAPS, dentre os quais os CAPSad, voltados especificamente para o atendimento de usuários de álcool e drogas. A Portaria SAS/189, de 20 de março de 2002, por sua vez, regulamentou a Portaria GM/336, criando, no âmbito do SUS, os “serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas” (Brasil, 2003).

Em 2003, o Ministério da Saúde, reconhecendo um atraso histórico na inserção da temática sobre álcool e outras drogas na agenda da saúde pública, afirmou definitivamente seu compromisso no enfrentamento dos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas por meio do documento intitulado “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas” (PAIUAD) (Alves, 2009). Nesse documento, foram apresentados o marco teórico-político e as diretrizes da política do Ministério da Saúde para o campo de álcool e outras drogas, formulados em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, a partir da lógica da redução de danos (Machado, 2006). Ressaltou-se a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde, saúde mental e sociais, e que privilegie a reabilitação e reinserção social dos usuários (Brasil, 2003). A internação passou a ser apontada como última opção de tratamento, devendo ser realizada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Assis et al., 2013). O compromisso assumido pelo Ministério da Saúde selou a garantia do direito ao tratamento e de atenção humanizada e participativa aos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias (Cortes et al., 2014).

Posteriormente, em 2005, a PNAD foi reformulada e aprovada pelo CONAD, reafirmando a importância de inserir o uso de álcool e drogas como um problema de saúde pública e apontando a necessidade de tratamento, recuperação, redução de danos e

reinserção social e ocupacional dos usuários. As diretrizes da PNAD convergiram, então, com a PAIUAD ao reiterar que o tratamento, a recuperação e a reinserção social devem resultar da configuração de uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não governamentais do setor saúde, saúde mental e da assistência social (Alves, 2009; Santos & Oliveira, 2013).

A Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

Atualmente, as políticas sobre drogas no Brasil – PNAD e PAIUAD – orientam a abordagem aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas por meio de redes de atenção integradas, as quais devem englobar o cuidado contínuo mediante a promoção de saúde, prevenção, diferentes modalidades de tratamento e inserção social (Costa, Martins et al., 2015). A rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é estruturada a partir da articulação intersetorial entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a rede de dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros setores, recursos comunitários e redes sociais (Costa, Colugnati et al., 2015).

A RAS é definida, dentro do SUS, como um conjunto de ações e serviços de saúde integrados que visam a garantir a integralidade do cuidado aos indivíduos. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), consiste na principal porta de entrada do SUS e de oferta de ações de saúde nos municípios. A rede do SUAS, no nível da proteção básica, é composta pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e, no nível da proteção especial, pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), entre outros. No que se refere aos usuários de drogas, esses serviços atuam na prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social, na reinserção social dos indivíduos e no cuidado e acompanhamento compartilhado aos usuários e seus familiares (Costa, Colugnati et al., 2015).

A RAPS, instituída pela Portaria 3.088, de 2011 (Brasil, 2011a) pode ser definida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtornos psiquiátricos e com necessidades decorrentes do uso de drogas no âmbito do SUS. Inclui vários serviços descritos a seguir. No nível da Atenção Básica em Saúde, a RAPS é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da ESF para populações específicas – dentre as quais as Equipes de Consultório de Rua – e os Centros de Convivência. A Atenção Psicossocial Especializada é composta pelos CAPS, com

destaque para os CAPSad e CAPSad III. Os CAPSad atendem a adultos, crianças e adolescentes usuários de drogas em municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes. Os CAPSad III atendem em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes e, além dos serviços oferecidos pelo CAPSad, possuem até 12 leitos para observação e monitoramento, funcionando 24 horas, todos os dias, incluindo feriados e finais de semana (Brasil, 2011a).

A RAPS contempla, também, a atenção de urgência e emergência constituída pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), salas de estabilização e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, entre outros. Na Atenção Residencial de Caráter Transitório, situam-se as Unidades de Acolhimento, que oferecem cuidados contínuos à saúde para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social e que demandam acompanhamento terapêutico e protetivo transitório. Nesse âmbito da RAPS, também estão incluídos os Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais as comunidades terapêuticas, que consistem em serviços que oferecem cuidados de caráter residencial transitório, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A Atenção Hospitalar na RAPS conta com enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e Serviços Hospitalares de Referência, que oferecem cuidados aos casos graves relacionados aos transtornos psiquiátricos e ao uso de álcool e outras drogas, podendo realizar internações de curta duração. Por fim, a RAPS engloba, ainda, as Estratégias de Desinstitucionalização por meio dos SRT, descritos anteriormente, e as Estratégias de Reabilitação Psicossocial, compostas pelas iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2011a).

A rede de atenção às pessoas com uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas deve buscar atender às necessidades dos usuários e de seus familiares. Esse atendimento deve ser feito por meio das ações de diversos setores e lançando mão de uma ampla gama de serviços comunitários e especializados e de diversas modalidades de tratamento, visto que o setor de saúde sozinho ou uma única abordagem de tratamento não são suficientes para lidar com um problema de tamanha complexidade (Costa, Casela et al., 2015). Nesse sentido, ressalta-se a importância dos recursos assistenciais disponibilizados pela própria comunidade, como os grupos de mútua ajuda e as comunidades terapêuticas, que devem complementar os dispositivos públicos, ampliando, assim, o leque de possibilidades de atenção a essa população (Costa, Martins et al., 2015).

A Figura 1 ilustra a conformação da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.



Figura 1. Conformação da Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

Fonte: Costa (2014).

Embora a organização dos serviços em rede apresente diversas potencialidades, o que se observa, muitas vezes, é a falta de articulação entre os serviços, a descontinuidade dos tratamentos e até mesmo a transferência de responsabilidades de um serviço para outro, o que contribui para a fragilização desse processo (Costa, Martins et al., 2015). Dentre as barreiras que têm sido encontradas na consolidação da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, destacam-se: a falta de conhecimento dos profissionais sobre a rede; o papel passivo dos usuários de drogas no processo de atenção; a forte moralização do uso de drogas; a insuficiência de treinamento de pessoal; a cobertura insuficiente e desintegrada dos serviços; e a necessidade de reavaliação dos modelos de tratamento (Costa, Casela et al., 2015).

A proposta da RAPS de uma perspectiva integrada, articulada e efetiva entre diferentes pontos de atenção à saúde para atender aos usuários de álcool e outras drogas ainda é muito recente e os resultados alcançados têm características particulares nas diversas regiões do Brasil (Assis et al., 2013).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de CAPSad aumentou de 42, em 2002, para 272, em 2011, ano no qual foram implantados apenas cinco CAPSad III. Em 2010, foram implantadas, também, 92 Unidades de Acolhimento. Esses dois serviços, no entanto, estão distribuídos de maneira irregular pelo território brasileiro (Brasil, 2011b; 2012). Apesar da importante expansão dos CAPS a partir do ano de 2002, contata-se uma cobertura ainda insuficiente, especialmente no que se refere aos CAPSad. Além disso, questiona-se a capacidade do CAPSad em desempenhar seu papel de organizador estratégico da rede, visto que, grande parte das vezes, encontra-se desarticulado de outros serviços da RAS, da RAPS e de outros serviços que compõem a rede assistencial sobre álcool e outras drogas, como os serviços da APS, os dispositivos socioassistenciais e comunitários e até mesmo outros CAPS ou CAPSad. Diante desses impasses, a continuidade do cuidado e da oferta assistencial nos diversos níveis de complexidade da rede fica comprometida, dificultando o estabelecimento da integralidade das ações (Costa, Mota et al., 2015). Essa realidade foi evidenciada em um estudo realizado por Mota e Ronzani (2011) em um município de Minas Gerais, no qual os entrevistados apontaram a insuficiência do CAPSad em relação à demanda de atendimentos, tendo em vista que parcela significativa da população não consegue acessar o serviço. Além da cobertura assistencial insuficiente, observam-se, também, aspectos deficitários na estrutura dos CAPS, como a falta de recursos humanos, de recursos materiais e de medicamentos (Mota, 2011; Mota & Ronzani, 2013).

No que se refere à Atenção Hospitalar, há baixa adesão dos hospitais gerais quanto à habilitação de leitos para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (Costa, 2014). Até julho de 2012, havia apenas 3.910 leitos em 646 Hospitais Gerais (Brasil, 2011b). Essa incapacidade, ou não disponibilidade, de trabalhar com essa temática pode estar relacionada a alguns aspectos como: insuficiência ou ausência de profissionais capacitados para o atendimento a essa população; preconceitos e estigmas dos profissionais; receio sobre o comportamento do paciente; problemas de infraestrutura dos hospitais; e insuficiência do valor da internação repassado pelo SUS (Costa, 2014). Diante desse cenário, internações em comunidades terapêuticas, clínicas privadas e até mesmo em leitos para desintoxicação em hospitais psiquiátricos constituem as únicas opções para muitos usuários e dependentes (Pereira, Vargas, & Oliveira, 2012).

Ressalta-se, ainda, como uma limitação da rede, a ausência de assistência voltada especificamente aos familiares dos dependentes. O foco do tratamento é mantido essencialmente no usuário e, embora os profissionais reconheçam a importância do

cuidado à família, muitas vezes avaliam que este não está sendo fornecido da forma recomendada nas políticas de atenção a essa população. Observa-se que, na maioria das vezes, os familiares são vistos pelos profissionais dos serviços como fonte de suporte e apoio para o tratamento comunitário do usuário, enquanto, por outro lado, os próprios familiares possuem necessidades de serem ouvidos, de compartilharem angústias e de serem o foco da atenção e cuidado (Moraes, 2008).

A rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é, portanto, ainda limitada. Os cuidados são organizados e disponibilizados de maneira fragmentada, têm baixa cobertura e os serviços oferecidos são de baixa qualidade e insuficientes para atender às demandas dos usuários e seus familiares (Costa, Mota et al., 2015). As dificuldades que a rede vem encontrando na assistência às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas levantam o questionamento sobre a adequabilidade dos serviços para o atendimento dessa população específica. No Brasil, como descrito anteriormente, a formulação das políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, no campo da saúde, teve sua origem na política de saúde mental, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Devido a isso, observa-se que as políticas sobre drogas acabaram adquirindo uma conotação “marginal” e “incremental”, reproduzindo o que era proposto para o setor de saúde mental embora o uso e a dependência de álcool e outras drogas possuam características próprias e determinantes que diferem dos transtornos psiquiátricos. Diante disso, Costa (2014) e Costa, Mota et al. (2015) enfatizaram a necessidade de avaliação constante dos CAPSad, suas intervenções e modelos de tratamento, e de todos os outros dispositivos da rede voltados ao cuidado dos usuários e seus familiares. Tais medidas são essenciais para a definição e incorporação das particularidades do tratamento para o uso e dependência de álcool e outras drogas, de forma a propiciar o estabelecimento de políticas públicas e práticas de atenção mais eficazes e adequadas às verdadeiras necessidades e realidades dessa população (Costa, 2014; Costa, Mota et al., 2015).

Serviços de Atenção em Regime Residencial: as comunidades terapêuticas

Como mencionado anteriormente, a negligência do setor público de saúde quanto aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas favoreceu o surgimento de diversas instituições de natureza não governamental que tinham como objetivo atender às necessidades dos usuários e de seus familiares (Alves, 2009; Assis et al., 2013; Costa, 2014; Costa, Colugnati et al., 2015; Machado & Miranda, 2007). As comunidades

terapêuticas, em especial, surgiram como uma alternativa de tratamento, tendo em vista que, até a década de 1960, a internação em hospitais psiquiátricos era o único recurso disponível. Além disso, embora tenham sido criadas algumas clínicas particulares especializadas, os custos elevados tornavam o tratamento inacessível à grande parte das pessoas que necessitavam de cuidados (Costa, 2009). Desde então, as comunidades terapêuticas se multiplicaram e se consolidaram como modalidade de tratamento devido à inexistência de serviços de caráter público voltados ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Israel-Pinto, 2011). Com a reformulação da PNAD, em 2005, e a instituição da RAPS, em 2011, as comunidades terapêuticas passaram a integrar oficialmente as políticas públicas e a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, constituindo-se como um espaço alternativo e complementar de atendimento psicossocial (Costa, 2009).

De acordo com De Leon (2003), a proposta clínica das comunidades terapêuticas tem sido desenvolvida em dois campos distintos: a psiquiatria social e a dependência de álcool e outras drogas. O modelo de comunidade terapêutica foi desenvolvido, primeiramente, por Maxwell Jones, após a Segunda Guerra Mundial, como uma alternativa ao tratamento psiquiátrico convencional. As comunidades terapêuticas psiquiátricas tinham como objetivo propiciar um ambiente organizado como comunidade, pautado por normas de convivência em grupo, no qual houvesse maior interação do paciente com seu próprio processo terapêutico (De Leon, 2003; Perrone, 2014). Autores sugerem que esse modelo de comunidade terapêutica foi sendo ampliado para outros tipos de transtornos e teria se desdobrado, a partir dos anos 1960, no trabalho de recuperação de pessoas com dependência de álcool e outras drogas (Damas, 2013; Fracasso, 2013; Perrone, 2014). No entanto, segundo De Leon (2003), embora as comunidades terapêuticas psiquiátricas tenham antecedido, em aproximadamente 15 anos, àquelas destinadas aos dependentes de álcool e outras drogas, não é clara a influência de uma sobre a outra embora apresentem algumas características semelhantes.

No cenário internacional, o desenvolvimento das modernas comunidades terapêuticas, voltadas ao tratamento da dependência de álcool e outras drogas, recebeu influências de diversos programas como o grupo Oxford, os Alcoólicos Anônimos (AA) e a Synanon. O grupo Oxford consistia em uma organização religiosa, fundada por volta de 1921, por Frank Buchman, cujas ideias e práticas sustentadas eram pautadas na ética do trabalho, no cuidado mútuo, na orientação partilhada, na honestidade, no autoexame, no reconhecimento de defeitos de caráter, na reparação por danos causados e no trabalho

conjunto (De Leon, 2003). A associação AA, por sua vez, foi fundada em 1935 por Bill Wilson e Bob Smith, ambos dependentes de álcool em recuperação, e recebeu influência do grupo Oxford. O AA se baseia na troca de experiências entre os dependentes e tem como princípios os 12 Passos e as 12 Tradições, que guiam o indivíduo no processo de recuperação. Embora a ideia de um “poder superior” seja marcante, o AA, diferentemente do grupo Oxford, não assume um posicionamento religioso específico. Em 1959, foi fundada a instituição Synanon, considerada a primeira comunidade terapêutica residencial. Seu fundador, Charles Dederich, também um dependente de álcool em recuperação, aliou suas experiências no AA a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas, desenvolvendo, assim, um novo programa de tratamento. A característica diferencial da Synanon, que foi mantida nas comunidades terapêuticas posteriores, consistia no ambiente residencial de 24 horas, no qual os indivíduos ficavam afastados de elementos externos que poderiam influenciar seu uso de substâncias, e na utilização da totalidade da vida comunitária e da convivência com o grupo como meio para propiciar a sobriedade e a reformulação do estilo de vida (De Leon, 2003).

Embora as comunidades terapêuticas posteriores à Synanon tenham conservado muitos de seus elementos principais, o modelo tem recebido diversas influências ao longo do tempo, resultando em diferenças de organização, de filosofia e de práticas. As comunidades terapêuticas atuais apresentam diversas variações nos tipos de recursos disponibilizados (assistência psicológica, educacional, vocacional etc.), nas perspectivas sociais e psicológicas adotadas, na linguagem utilizada, nos serviços especiais (por exemplo, grupos familiares) e nos temas terapêuticos e sociais abordados (De Leon, 2003; Fracasso, 2013). Algumas mudanças no desenvolvimento das comunidades terapêuticas contemporâneas são enumeradas por De Leon (2003): 1) transição de uma comunidade alternativa para dependentes excluídos para um serviço de atenção que prepara os indivíduos para a reintegração social; 2) duração planejada de permanência na instituição, orientada por um plano de tratamento, ao invés de uma permanência indefinida; 3) inclusão de funcionários advindos de variados campos disciplinares, e não só dependentes em recuperação; e 4) desenvolvimento de serviços de atenção pós internação, entre outras.

No Brasil, as primeiras comunidades terapêuticas para dependentes de álcool e outras drogas surgiram no início da década de 1970 (Lima et al., 2015; Scaduto, Barbieri, & Santos, 2014). Essas primeiras comunidades tinham como base a internação em locais parcialmente isolados, geralmente na área rural, e as atividades desenvolvidas consistiam basicamente na manutenção do espaço físico, podendo envolver o plantio de produtos

hortifrutigranjeiros e a criação de animais (Israel-Pinto, 2011). Muitas dessas comunidades iniciaram seus trabalhos sem possuírem as mínimas condições físicas e técnicas para tal (Costa, 2009). Gradativamente, as comunidades terapêuticas foram assumindo esquemas teóricos e padrões das ideias originais, além de passarem a incorporar profissionais especializados com médicos, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, e incluir novas técnicas ao repertório terapêutico. No entanto, mantiveram sua característica principal, que as diferencia de outras formas e ambientes de tratamento, que consiste na convivência entre os pares como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual (Damas, 2013). Nas comunidades terapêuticas contemporâneas, de maneira geral, o residente é considerado o principal responsável por seu tratamento e recuperação, contando, para isso, com a ajuda dos companheiros de grupo e dos profissionais especializados (Sabino & Cazenave, 2005). Em algumas instituições, com maior grau de organização, existem, inclusive, programas voltados especificamente para a assistência dos familiares (Damas, 2013).

Segundo Costa (2009), o termo “comunidade terapêutica” tornou-se uma nomenclatura oficial com a Resolução RDC 101 da ANVISA, em 2001, e refere-se a

serviços urbanos ou rurais, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

A inclusão das comunidades terapêuticas como serviços integrantes da RAPS merece algumas considerações. Em primeiro lugar, deve-se considerar que os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas constituem um fenômeno multifacetado e podem apresentar diferentes níveis de comprometimento, requerendo, portanto, abordagens variadas (Lima et al., 2015). Além disso, como mencionado anteriormente, até o momento, os CAPS e os CAPSad têm apresentado dificuldades no tratamento do usuários de álcool e outras drogas, seja por falta de cobertura ou por inadequação do serviço ao usuário (Damas, 2013; Israel-Pinto, 2011). Essas dificuldades são ainda maiores em casos nos quais são indicados internação hospitalar e tratamento em regime fechado (Damas, 2013). Diante desse cenário, as comunidades terapêuticas constituem, atualmente, a solução mais acessível de tratamento para grande parcela dessas pessoas (Costa, 2009). Considera-se,

portanto, que essas comunidades, enquanto integrante da RAPS, podem se consolidar como bons dispositivos assistenciais quando outras opções se mostram insuficientes (Perrone, 2014). Todavia, conforme apontado por Mota e Ronzani (2013), deve-se ter clareza do papel das comunidades terapêuticas como opções complementares aos serviços públicos, e não como a única ou a principal opção de atenção (Mota & Ronzani, 2013). Nesse sentido, questiona-se o posicionamento do Estado, que, por meio dos investimentos na iniciativa privada, transfere para a sociedade civil sua responsabilidade em fornecer condições de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares (Costa, 2014; Costa, Mota et al., 2015) e contribui para o enfraquecimento dos serviços públicos como as principais estratégias de atenção a essa população (Costa, Mota et al., 2015). Além disso, ressalta-se que, embora muitas comunidades terapêuticas tenham buscado aprimorar seu trabalho, desenvolvendo-se técnica e profissionalmente, existe ainda grande número de comunidades que não estão adequadas às normas da ANVISA, trabalhando sem equipe capacitada, proposta de tratamento e infraestrutura apropriada (Israel-Pinto, 2011). Grande parte das comunidades não consta nos registros de qualquer instituição reguladora e não recebe tipo algum de fiscalização, o que propicia uma prática indiscriminada (Perrone, 2014). Portanto, para que esses recursos possam ser bem utilizados, é importante implementar práticas de fiscalização e regulamentação sistemática das comunidades terapêuticas (Perrone, 2014), assim como desenvolver estudos de avaliação da efetividade destes serviços (Scaduto et al., 2014).

Impacto da dependência de álcool e outras drogas na família

Ao se consultar a literatura acerca dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é possível perceber que, dos estudos envolvendo os familiares, uma parte considerável buscou compreender a influência da família sobre o desenvolvimento da dependência (Biegel et al., 2010). A partir do movimento de desinstitucionalização psiquiátrica e da implantação dos serviços de atenção comunitária, a família passou a ser considerada uma aliada no tratamento dos pacientes, o que redirecionou o enfoque dos estudos (Tessler & Gamache, 2000). No campo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, autores sugerem que a família, devido à sua proximidade e convivência, é quem tem as melhores condições para acompanhar os processos de saúde e de adoecimento do dependente, aprendendo a proporcionar cuidados de acordo com suas demandas (Koch, Manfio, Hildebrandt, & Leite, 2011). Dessa forma, pesquisas têm

apontado a importância da família como fator de prevenção de recaídas do dependente, sendo valiosa sua inclusão no processo de tratamento dele (Koch et al., 2011; Paz & Colossi, 2013). Apesar da mudança de visão acerca do papel da família, percebe-se que o impacto da dependência de um membro na saúde e bem-estar de seus familiares tem sido amplamente ignorado, sendo a família considerada apenas uma coadjuvante no tratamento do paciente, e não uma entidade que também necessita de cuidados (Sena, Boery, Carvalho, Reis, & Marques, 2011; Silva, 2003). Os profissionais de saúde mantêm sua atenção apenas no usuário, havendo pouca atuação em relação aos seus familiares, cujos sofrimento e necessidades acabam passando despercebidos (Moraes, Braga, Souza, & Oriá, 2009).

A dependência de álcool e outras drogas gera consequências que são sentidas não somente pelo próprio indivíduo, mas também pelas pessoas à sua volta, especialmente sua família (Aragão, Milagres, & Figlie, 2009; Moreira, 2015). Isso se deve ao fato de que os familiares são, geralmente, as pessoas mais próximas ao dependente e são eles que assumem a responsabilidade pelos seus cuidados (Soccol et al., 2014). Estima-se que, para cada usuário de álcool ou outras drogas, quatro a cinco pessoas sejam afetadas direta ou indiretamente, incluindo cônjuges, companheiros, filhos e pais (Seadi & Oliveira, 2009; Soccol et al., 2013). Os transtornos relacionados ao uso de substâncias apresentam consequências físicas, mentais e socioeconômicas devastadoras para os familiares, podendo afetar sua segurança financeira, sua produtividade, sua qualidade de vida e sua saúde mental (Mannelli, 2013).

À medida que o uso de drogas se agrava e a dependência se desenvolve, a família pode reagir de diferentes maneiras. De acordo com Payá e Figlie (2004), o impacto sentido pela família acompanha as reações que ocorrem com o dependente, ao longo da evolução do transtorno, e pode ser descrito em quatro estágios pelos quais a família passa progressivamente. O primeiro estágio é caracterizado pelo predomínio do mecanismo de defesa da negação do problema. Embora a família e o usuário vivenciem situações de tensão, desentendimentos e conflitos, eles evitam expressar os seus sentimentos e pensamentos em relação ao problema. Segundo Filizola, Tagliaferro, Andrade, Pavarini e Ferreira (2009), trata-se de uma longa fase, na qual nem o próprio usuário e nem seus familiares reconhecem o uso abusivo de substâncias, que, inicialmente, é concebido pela família apenas como um fator de interação social. Os familiares buscam justificativas para os conflitos e problemas existentes no lar, havendo negação de que esses problemas possam estar relacionados ao uso de substâncias (Filizola et al., 2009). No segundo estágio,

a família desperta para o problema e passa a tentar controlar o uso da droga e as consequências físicas, emocionais, ocupacionais e sociais decorrentes. É instaurado um clima de segredo familiar, permeado por mentiras e cumplicidades em relação ao uso de substâncias. Além disso, apesar dos sintomas perceptíveis, evita-se abordar diretamente o assunto, mantendo a ilusão de que as drogas não são as verdadeiras causas dos problemas familiares. Durante o terceiro estágio, nota-se uma desorganização na família. Os familiares passam a se comportar de forma a desempenharem papéis rígidos e previsíveis em relação ao problema, assumindo responsabilidades que não são suas e servindo de facilitadores, pois impedem que o dependente entre em contato com as consequências do seu uso de substâncias. Nesse estágio, as autoras indicam que é comum haver uma inversão de funções e papéis, como, por exemplo, a filha mais velha passar a cuidar dos irmãos devido ao uso de drogas pela mãe. Por fim, no quarto estágio, os familiares se encontram em um estado de desgaste e exaustão emocional, e acabam se afastando uns dos outros e do dependente, culminando na desestruturação familiar. As autoras salientam que nem todas as famílias vivenciam o impacto da dependência de substâncias da mesma forma, reagindo de acordo com seus valores, sua compreensão da situação e seus recursos para lidar com o problema (Payá & Figlie, 2004).

As consequências da dependência de álcool e outras drogas no âmbito familiar têm sido apontadas por alguns estudos. Em uma revisão de literatura, Maciel, Zerbetto, Filizola, Dupas e Ferreira (2013) identificaram seis categorias temáticas relacionadas às consequências da dependência na família: a emergência de sentimentos paradoxais nos familiares; o surgimento de problemas econômicos e legais; o comprometimento das interações social e familiar; as violências doméstica, física e psicológica; os sintomas de codependência; e os adoecimentos físico e psicológico. Essas consequências serão detalhadas a seguir.

Quanto aos sentimentos paradoxais gerados na relação do familiar com o membro dependente, são comumente citados os sentimentos de insegurança, medo, ansiedade, tristeza (Maciel et al., 2013), raiva, abandono, compaixão (Soccol et al., 2014), impotência, culpa (Fontana et al., 2011), descrédito das promessas de parar, ressentimento, vergonha (Matos et al., 2008) e solidão diante do resto da sociedade (Payá & Figlie, 2004), entre outros. Em um estudo realizado por Moraes et al. (2009), o medo foi o sentimento mais presente e marcante entre os familiares. Como a violência física pode, às vezes, resultar do efeito do uso de substâncias, os familiares relataram sentir medo de serem agredidos pelos membros dependentes. Os familiares também informaram estarem sempre com medo de

que algo ruim possa acontecer com o membro dependente, que ele fuja de casa em busca da substância de consumo ou que ele venha a recair (Moraes et al., 2009). Exemplo disso é o fato de, muitas vezes, os familiares, como medida de cuidado, saírem à procura do dependente em bares e em outros locais de uso (Soccol et al., 2013); ou, em alguns casos, bancarem a aquisição da substância, tentando preservar a integridade física do dependente, afastando-o de situações de risco iminente (Siqueira et al., 2012). Quanto às recaídas, mesmo quando os familiares compreendem a dependência como um transtorno crônico, mantém-se a esperança de “cura”, de manutenção da sobriedade, e as recaídas são vividas com grande sofrimento pelos familiares (Filizola et al., 2009). Nesse sentido, os familiares relatam a insegurança diante do futuro do dependente em saber se ele terá ou não uma vida “normal” (Siqueira et al., 2012). O sentimento de culpa pelo estado do dependente também é bastante presente entre os familiares, estando, muitas vezes, relacionado à demora do familiar em identificar ou admitir o problema, retardando a busca por ajuda externa e colaborando para o agravamento do caso (Payá & Figlie, 2004). Os familiares vivenciam, ainda, os sentimentos de frustração e desgaste emocional ao buscarem convencer o dependente a se tratar, tendo em vista que poucos aceitam algum tipo de ajuda, além de sentirem-se, também, fortemente envergonhados devido aos comportamentos constrangedores do dependente (Filizola, Pavarini, Perón, Filho, & Nascimento, 2006).

Outra consequência da dependência de álcool e outras drogas na família consiste no surgimento de problemas econômicos e legais (Maciel et al., 2013). Observa-se que a família passa a sofrer uma sobrecarga financeira, visto que a dependência pode acarretar prejuízos na vida profissional e ocupacional dos familiares. Além disso, os familiares frequentemente têm que lidar com os gastos advindos do uso de álcool e outras drogas, sejam eles os gastos do usuário para adquirir a substância de consumo, dívidas em bares ou mesmo o alto gasto com tratamento médico (Maciel et al., 2013; Socool et al., 2014; WHO, 1993). Os problemas legais, por sua vez, podem envolver divórcio, violência física e roubos tanto no contexto familiar como exterior a ele, entre outros (Maciel et al., 2013).

Uma terceira consequência pode ser definida como um comprometimento nas interações familiares e sociais. As vivências relacionadas ao uso de drogas contribuem para que ocorra uma desorganização no relacionamento interfamiliar e uma fragilização dos vínculos afetivos, podendo provocar o distanciamento emocional entre os membros e o rompimento das relações familiares (Silva, 2003; Sena et al., 2011; Soccol et al., 2013; WHO, 1993). Há dificuldades em se manterem relações afetuosas com o dependente, devido aos seus comportamentos, o que torna a interação, permeada por brigas e

discussões, ainda mais conflituosa, acarretando a deterioração das relações (Filizola et al., 2009; Manguiera & Lopes, 2014). Como apontado por Manguiera e Lopes (2014), o ambiente familiar se torna, por vezes, tão insustentável, que não é raro o familiar dependente acabar só, seja pelo próprio isolamento ou pelo abandono dos familiares. Essas consequências se fazem ainda mais evidentes quando os dependentes vivem com um companheiro. A literatura aponta que a dependência de substâncias gera instabilidade e adoecimento conjugal, que se caracterizam pela ausência de diálogo, falta de responsabilidades e de cooperação, criticismo elevado, diminuição do desejo sexual, sentimentos de ciúmes e elevado nível de estresse, o que pode culminar em diferentes tipos de violência, inclusive física, e divórcio (Manguiera & Lopes, 2014). A ocorrência de um caso de dependência afeta, também, as interações sociais dos familiares, pois, à medida que o transtorno se intensifica, os comportamentos problemáticos que a família buscava esconder passam a ocorrer em eventos sociais. Dessa forma, os familiares passam a se isolarem socialmente, a fim de evitar constrangimentos públicos e sentimentos de vergonha e humilhação (Filizola et al., 2009).

Outra consequência, já referida anteriormente, é que, com a dependência de álcool e outras drogas, o ambiente familiar se torna inesperado, instável e conflituoso, revelando, muitas vezes, um cotidiano de violência (Beattie, 2001). Estudos apontaram maior frequência de agressões físicas, morte de familiares e envolvimento com problemas policiais nesses lares (Marcon, Rubira, Espinosa, & Barbosa, 2012). Não raro, as violências física e verbal são praticadas, também, pelos familiares devido à sua falta de conhecimento sobre o transtorno e ao seu despreparo para lidar com as situações que dele decorrem (Fontana et al., 2011).

A quinta consequência, mencionada por Maciel et al. (2013), consiste na codependência, chamada de doença da família ou doença do controle, e é uma das variáveis mais estudadas no que se refere ao impacto da dependência de álcool e outras drogas no ambiente familiar (Beattie, 2001; Bortolon et al., 2016; Carvalho & Negreiros, 2011). O que se observa na maioria dos casos é que, além de prover cuidado ao dependente, o familiar codependente passa a colocar suas necessidades em segundo plano, deixando de lado seus compromissos e suas vontades. Ou seja, os familiares passam a viver em função do usuário tentando controlar o consumo de drogas e suas consequências, o que constitui um comportamento problemático, desajustado e autodestrutivo. Os familiares codependentes acabam perdendo seus próprios limites e passam a viver a vida do dependente, anulando a própria vida em prol do outro, a fim de assegurar sua

abstinência. Em um estudo com codependentes, realizado por Moraes et al. (2009), constatou-se que os familiares não conseguiam estabelecer limites para si mesmos ou para o membro dependente e haviam perdido sua identidade e autonomia, passando a viver a vida do outro, tentando controlar e conduzir seus comportamentos. Segundo os autores do estudo, as atitudes de “marcação cerrada” sobre o dependente foram identificadas como a maior causa dos conflitos nas relações familiares e de mal-estar na vida do membro familiar. Esses comportamentos prejudicam ambas as partes, cerceando a liberdade tanto do dependente quanto do familiar. Portanto, as características mais marcantes da codependência consistem no cuidado, na preocupação e no controle excessivos, isto é, uma atenção desproporcional ao outro e um esquecimento de si próprio. Nesse mesmo estudo, os familiares apresentaram comportamentos de cuidado excessivo, como: monitorar todos os passos e comportamentos do dependente; vigiar para que não entre em contato com a droga ou não sofra agressões na rua, especialmente de pessoas envolvidas com tráfico; fazer coisas que não gostaria realmente de fazer; realizar coisas que o dependente é capaz de fazer por si mesmo; e procurar agradar ao dependente ao invés de a si mesmo. Observou-se, também, que os codependentes sentem forte desconfiança de que estão sendo roubados ou enganados pelos membros dependentes, podendo originar um sentimento de impotência e de que tudo o que fazem não produz resultados (Moraes et al., 2009).

De maneira geral, a família provê cuidado ao membro dependente. Esse cuidado é multifacetado e inclui medidas de cuidado direto, assistência financeira, suprimento das necessidades básicas, cuidado com a alimentação e vestuário, higiene corporal, administração da medicação, monitoramento dos comportamentos problemáticos e prevenção de acidentes domiciliares. Os familiares também prestam auxílio ao dependente no acompanhamento aos serviços de saúde ou a outros serviços e assistência diante das diferentes situações a que essa pessoa está exposta (Mannelli, 2013; Soccol et al., 2013). Essas atividades, somadas às condições de instabilidade decorrentes da dependência de substâncias, geram significativas alterações na rotina e no planejamento familiar, implicando a contínua necessidade de reorganização (Mangueira & Lopes, 2014; Siqueira et al., 2012).

O adoecimento físico e psicológico dos familiares constitui a sexta categoria das consequências da dependência de substâncias na vida familiar de acordo com a revisão de literatura de Maciel et al. (2013). Todos os fatores mencionados anteriormente são considerados potenciais estressores e podem contribuir para o desencadeamento e manutenção de elevados níveis de estresse, com repercussões na saúde da família do

dependente e em seu próprio processo de recuperação. Estudos com familiares de usuários de drogas apontaram que a maioria dos familiares encontrava-se na fase final ou na fase intermediária do estresse (Fontana et al., 2011). No que se refere aos relacionamentos conjugais, o peso recai ainda mais drasticamente sobre as mulheres, que se sentem obrigadas a cuidar da casa, dos filhos e da vida profissional, sozinhas e, ainda, têm que lidar com a falta de informação, incapacidade e frustração por não conseguirem controlar o adoecimento do cônjuge (Lima, Amazonas, & Motta, 2007). Em muitas ocasiões, a companheira do indivíduo alcoolista tende a adoecer devido à pressão, à angústia e à expectativa constante de novos constrangimentos, agressões e frustrações em virtude de suas recaídas, entre outras consequências negativas trazidas pelo consumo excessivo de álcool (Lima et al., 2007). Resultados de um estudo com familiares de dependentes de drogas demonstraram aumento no risco de surgimento de transtornos psiquiátricos em 58% dos cônjuges (Marcon et al., 2012). Na literatura da área, alguns dos comprometimentos físicos e emocionais identificados foram: cefaleias, alterações da pressão arterial e dos valores glicêmicos, alterações do sono, humor deprimido, pensamentos suicidas, prostração, ansiedade e distúrbios alimentares, entre outros (Maciel et al., 2013). No estudo de Siqueira et al. (2012), alguns familiares relataram sentimentos de depressão e confusão mental, além de ideações suicidas, o que pode estar relacionado à preocupação constante aliada aos desgastes físico e mental (Siqueira et al., 2012). Esses sintomas físicos e psicológicos, ou emocionais, interferem na qualidade de vida dos familiares e em suas condições de saúde, levando-os, muitas vezes, a procurarem ajuda médica (Moraes et al., 2009).

Considera-se necessário, portanto, que os profissionais de saúde identifiquem as necessidades, dificuldades e o possível adoecimento dos familiares de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, tendo em vista que esses fatores podem também repercutir na qualidade da assistência que os familiares prestam ao paciente. A família precisa ser incluída como foco de cuidado no planejamento da assistência prestada pelos serviços de saúde e ser amparada por uma rede de suporte social efetiva, a fim de romper com o modelo de assistência fragmentado, que enfatiza apenas a pessoa dependente. Trabalhando-se as limitações, dificuldades e sentimentos da família, em especial daquele familiar que assume o papel de cuidador, será mais fácil afetar positivamente o tratamento do paciente (Moraes et al., 2009; Sena et al., 2011).

Desde meados da década de 1950, diversos estudos vêm sendo conduzidos com o objetivo de entender as experiências dos familiares que cuidam de pacientes com doenças

crônicas ou com alguma incapacidade. Grande parte desses estudos visa a avaliar, mais precisamente, o impacto que o papel de cuidador exerce sobre o familiar e suas possíveis consequências em sua saúde física e mental, sendo a sobrecarga e a sintomatologia depressiva as variáveis mais estudadas como resultados desse papel. Tradicionalmente, esses estudos têm focalizado, principalmente, os familiares cuidadores de indivíduos idosos ou com doenças como Alzheimer, demência, Parkinson, câncer e HIV, dentre outras (Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos, & Tuokko, 2000; Dias, 2011; Pinquart & Sörensen, 2003; Sherwood, Given, Given, & Eye, 2005) Mais recentemente, nas últimas décadas, impulsionados pelo movimento de desinstitucionalização psiquiátrica, esses estudos passaram a focar, também, as experiências de familiares cuidadores de pacientes com transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia e transtornos de humor, sendo ainda restritas as investigações no campo da dependência de álcool e outras drogas (Biegel et al., 2010; Mannelli, 2013). A seguir, encontra-se a descrição e conceituação da sobrecarga e da sintomatologia depressiva dos familiares, resultantes do papel de cuidador.

Impacto no grau de sobrecarga dos familiares

Por muito tempo, a dependência de álcool e outras drogas foi considerada um problema exclusivo do indivíduo e, portanto, os problemas vivenciados por sua família eram relativamente negligenciados. Como consequência, o número de pesquisas sistemáticas sobre a sobrecarga familiar relacionada à dependência de substâncias psicoativas é muito limitado (Mattoo et al., 2013) e a maioria dos estudos que investigam o impacto do papel de cuidador tem focado a experiência de familiares de pacientes com outros transtornos psiquiátricos (Soccol et al., 2014). Diante da escassez de literatura acerca da sobrecarga de familiares de dependentes de álcool e outras drogas e da ausência de um modelo teórico específico para essa população-alvo, foram adotados, neste trabalho, a conceituação e o modelo teórico da sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos em geral, os quais serão apresentados a seguir.

Como descrito anteriormente, com a mudança do foco do tratamento dos pacientes psiquiátricos para os serviços na comunidade, a família deixou de ser excluída das decisões do tratamento e passou a ser vista como aliada pelos profissionais de saúde mental (Ribeiro, Martins, & Oliveira, 2009; Tessler & Gamache, 2000). No entanto, o deslocamento das responsabilidades com o cuidado do paciente, antes pertencentes às instituições e aos profissionais, acarreta diversas modificações na vida dos familiares,

como na rotina diária, no lazer, no trabalho e em sua vida social e financeira. Na ausência de serviços comunitários, o familiar acaba assumindo integralmente a responsabilidade pelo cuidado do paciente, anteriormente realizado por equipes de profissionais que se revezavam em turnos de oito horas, oferecendo cuidado 24 horas por dia. Mesmo que haja serviços comunitários estruturados que ofereçam cuidado formal, são os familiares que realizam o cuidado informal cotidiano, que é tão importante quanto o formal (Ribeiro et al., 2009; Tessler & Gamache, 2000). O familiar desempenha, portanto, o papel de cuidador informal do paciente, sendo que, na maioria das vezes, ele não está preparado para tal tarefa, o que pode ocasionar o surgimento de um sentimento de sobrecarga (Tessler & Gamache, 2000). Contribuem para essa sobrecarga a dificuldade de o familiar em entrar em contato com o serviço de saúde mental ou em buscar serviços adequados para o paciente (Loukissa, 1995), a falta de apoio profissional para o familiar (Rose, 1996; Bandeira & Barroso, 2005) e a falta de informações sobre o transtorno psiquiátrico (Rose, 1996; Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2009).

O conceito de sobrecarga pode ser definido como o impacto negativo que o papel de cuidador de um paciente psiquiátrico causa no familiar. Por envolver consequências concretas e emocionais, o conceito de sobrecarga foi diferenciado em duas dimensões: objetiva e subjetiva (Maurin & Boyd, 1990; Tessler & Gamache, 2000).

A dimensão objetiva da sobrecarga refere-se às consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador de um paciente psiquiátrico na família, como, por exemplo, perdas financeiras, perturbações na rotina diária, dificuldades do paciente no desempenho de papéis, excesso de tarefas decorrentes do cuidado do paciente e ocorrência de comportamentos problemáticos com os quais o familiar tem que lidar (Loukissa, 1995; Maurin & Boyd, 1990; Rose, 1996). A dimensão subjetiva, por sua vez, envolve a percepção ou avaliação pessoal do familiar acerca de sua situação e seus sentimentos em relação às responsabilidades originadas da tarefa de cuidar do paciente. Ou seja, refere-se ao grau em que eles percebem a presença, os comportamentos ou a dependência dos pacientes como fonte de desconforto, preocupação ou tensão psicológica (Maurin & Boyd, 1990).

Com base em pesquisas realizadas com familiares, Maurin e Boyd (1990) elaboraram um modelo teórico explicativo da sobrecarga acarretada pela situação de cuidar de um paciente com transtorno psiquiátrico. Nesse modelo, três tipos de variáveis são utilizados para explicar a sobrecarga subjetiva dos familiares: as variáveis antecedentes, a sobrecarga objetiva e os fatores mediadores.

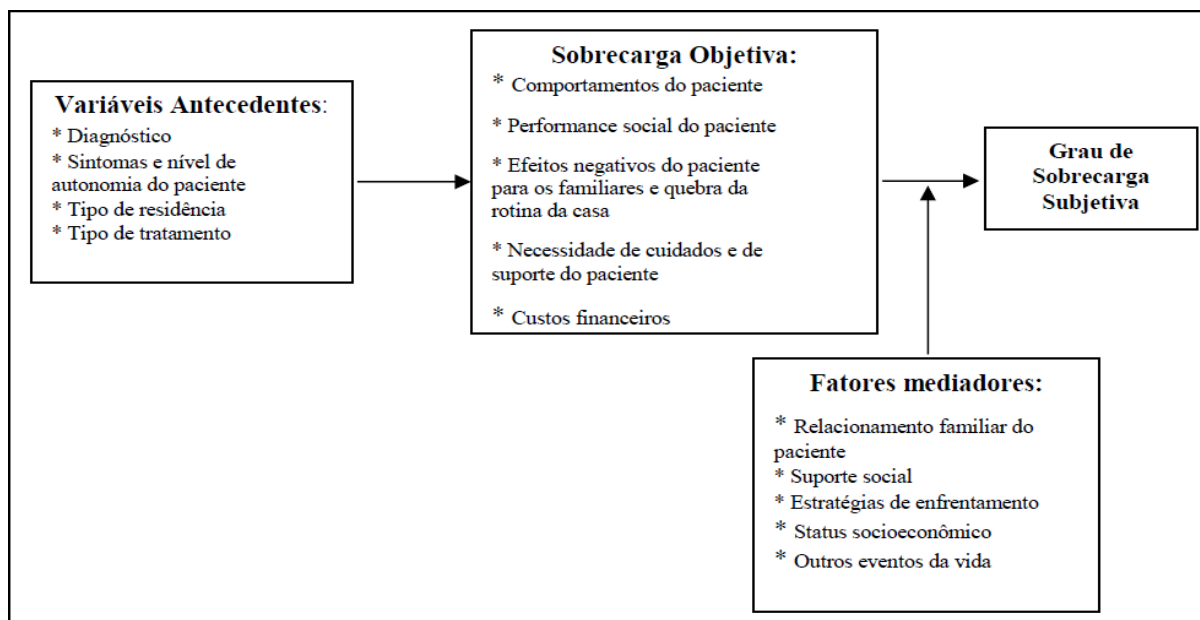


Figura 2. Modelo teórico da sobrecarga de Maurin e Boyd (1990) que relaciona o transtorno psiquiátrico e a experiência de sobrecarga do familiar cuidador

As variáveis antecedentes consistem em características do paciente, tais como seu diagnóstico, gravidade de sua sintomatologia, seu nível de autonomia, tipo de residência em que mora e tipo de tratamento que recebe. Essas variáveis influem sobre o grau de sobrecarga objetiva, visto que determinam tanto a frequência das tarefas de assistência que o familiar deve prestar ao paciente no dia a dia como o impacto do papel de cuidador em sua vida social e profissional. As variáveis antecedentes em conjunto com a sobrecarga objetiva determinam o grau de sobrecarga subjetiva do cuidador. No entanto, uma terceira variável postulada nesse modelo consiste nos fatores mediadores, que podem aumentar ou diminuir o grau de sobrecarga subjetiva sentida. Esses fatores moduladores compreendem a qualidade do relacionamento que existe entre o paciente e seus familiares, o suporte social recebido pelos familiares, suas estratégias de enfrentamento, seu nível socioeconômico e a presença ou não de outros eventos estressantes na vida familiar (Maurin & Boyd, 1990).

As mudanças que ocorrem no relacionamento do paciente com os seus familiares em consequência da doença, em particular a diminuição da reciprocidade/comunicação,

prejudicam a relação e tornam mais difícil a manutenção de sentimentos positivos no dia a dia, o que contribui para o aumento da sobrecarga. Além disso, as tarefas e os cuidados com o paciente ocorrem muitas vezes num momento inesperado, incompatível com o ciclo da vida familiar, pois normalmente espera-se que o indivíduo, atingindo a idade adulta, seja independente e não necessite mais de cuidados intensivos. A doença de um dos membros da família quebra essa expectativa e altera as fases do ciclo familiar, criando uma função adicional que não era esperada para aquele momento e podendo ser considerada um estressor para os familiares (Tessler & Gamache, 2000).

Embora a literatura acerca da sobrecarga de familiares de dependentes de substâncias psicoativas seja escassa, os estudos que buscaram investigar essa população encontraram alguns fatores associados à sobrecarga. No estudo de Matto et al. (2013), a sobrecarga se mostrou associada ao tipo de droga utilizada pelo paciente e ao local de moradia e o *status* profissional dos familiares. Foi encontrado maior grau de sobrecarga nas seguintes condições: nos familiares de pacientes que faziam uso combinado de álcool e opiáceos comparativamente aos pacientes que faziam uso de álcool ou de opiáceos separadamente; nos familiares que residiam na zona rural em comparação com os que moravam no perímetro urbano; e nos familiares desempregados quando comparados aos familiares empregados. Os resultados encontrados no estudo de Malik et al. (2012), por sua vez, apontaram para uma associação entre a sobrecarga familiar e a idade, a escolaridade, o estado civil e o nível socioeconômico do paciente, bem como o tipo de droga utilizada, o tempo de dependência e a história de tratamentos anteriores. Nesse estudo, a sobrecarga dos familiares de pacientes que utilizavam somente um tipo de substância foi maior para os familiares na faixa etária de 15 a 24 anos. Para os familiares de pacientes que utilizavam dois tipos de substância, a sobrecarga foi maior na faixa etária de 25 a 44 anos. E para aqueles que utilizavam três substâncias, a sobrecarga foi maior nos familiares com idade entre 35 a 44 anos. O grau de sobrecarga dos familiares foi maior quando os pacientes eram analfabetos, com baixo nível socioeconômico, viúvos e utilizavam álcool ou opiáceos comparativamente aos que utilizavam tabaco. Os familiares, cujos pacientes eram dependentes há mais de 15 anos, manifestaram maior sobrecarga do que aqueles que conviviam com o transtorno há menos de um ano, e essa sobrecarga também foi maior quando os pacientes já haviam passado por outros tratamentos anteriormente e tinham recaído.

Em outro estudo (Nebhinani et al., 2013), com familiares de dependentes, foi encontrada uma associação entre a sobrecarga familiar e o padrão de uso de drogas, a

presença de comprometimento físico, o estado civil e o *status* profissional do paciente. Um maior grau de sobrecarga foi observado nos familiares de pacientes com padrão de uso injetável de opiáceos comparativamente aos de pacientes com padrão de uso não injetável. A presença de comprometimento físico no paciente esteve associada a um maior grau de sobrecarga familiar, independentemente do padrão de uso de substâncias, ao passo que, dentre os familiares de pacientes com padrão de uso injetável, constatou-se maior sobrecarga familiar quando esses pacientes eram solteiros ou estavam desempregados. O estudo de Biegel et al. (2007) identificou que a frequência de comportamentos problemáticos do dependente consistiu em uma variável preditora da sobrecarga familiar. Os comportamentos considerados mais problemáticos pelos familiares foram: falta de controle financeiro, ficar muito tempo sem fazer nada, ser muito dependente, irritabilidade, mentiras e desonestidade, oscilações de humor, ansiedade ou preocupação e manifestação de sentimentos de depressão ou de tristeza extrema.

No estudo de Hoertel e Limosin (2014), a sobrecarga mostrou-se relacionada a diversas características dos familiares, como idade, grau de parentesco com o usuário, coabitação com usuário, presença de transtorno do humor, recebimento de apoio psicológico no ano anterior e avaliação de que a pessoa que faz uso excessivo de álcool é responsável por seu problema com a bebida. Quanto às características dos usuários, foi encontrada relação com as seguintes variáveis: sexo do usuário, presença de crianças em casa, *status* ocupacional, presença de consequências sociais, legais ou comportamentos violentos devido ao álcool no ano anterior, presença de doença somática ou psiquiátrica, histórico de tratamento ambulatorial ou hospitalar e hospitalização por motivos relacionados ao uso de álcool no ano anterior. A sobrecarga dos familiares também se relacionou com o volume médio de álcool que o usuário consumia por dia, a frequência de consumo pesado de álcool e o grau de envolvimento com a bebida alcoólica (se usuário esporádico, dependente etc.).

Outros estudos identificaram uma associação entre a sobrecarga familiar e o grau de parentesco, as relações familiares e a presença de algum transtorno psiquiátrico. Nesses estudos, a sobrecarga foi maior para cuidadores de primeiro grau de parentesco, como a mãe, o pai e o filho, do que quando se tratava do cônjuge (Lamichhane et al., 2008) e quando as relações familiares eram piores (Li et al., 2013). O estudo desenvolvido por Shyangwa et al. (2008) constatou uma relação positiva significativa entre o grau de sobrecarga e os domínios “condições médicas” e “relacionamentos familiares/sociais” de uma escala utilizada para avaliar os problemas decorrentes do uso de drogas. Quanto aos

fatores que contribuem para a diminuição da sobrecarga, o estudo de Pereira e Soares (2011) constatou uma correlação inversa entre suporte social e sobrecarga; isto é, quanto maior era o suporte social recebido pelos familiares, menor era a sobrecarga subjetiva sentida por eles.

A sobrecarga resultante das experiências envolvidas no papel de cuidador pode afetar a saúde mental do familiar, sendo a depressão e a ansiedade algumas das consequências mais comuns encontradas nos estudos sobre familiares cuidadores. Dentre estas, a depressão consiste em um resultado que merece especial atenção, tendo em vista que está associada à deficitária qualidade de vida e representa um fator de risco para a mortalidade (Dias, 2011).

Impacto no nível de sintomatologia depressiva

O surgimento de uma sintomatologia depressiva decorrente do papel de cuidador é amplamente reconhecido na literatura. Estudos realizados nas últimas décadas evidenciam que as situações às quais os familiares são expostos aumentam o risco de desenvolverem problemas físicos e emocionais (Mendéz et al., 2010), sendo os sintomas depressivos mais frequentes entre familiares cuidadores do que não cuidadores (Clyburn et al., 2000). No entanto, os estudos acerca dessa problemática têm focado, predominantemente, familiares cuidadores de pacientes com doenças crônicas como Alzheimer, Parkinson, demência, HIV e câncer (Clyburn et al., 2000; Pinquart & Sörensen, 2003; Sherwood et al., 2005; Song et al., 2003), sendo escassos os estudos no campo da saúde mental e, especialmente, sobre transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Biegel et al., 2010).

A convivência da família com a dependência de substâncias por um de seus membros expõe os familiares a diversos eventos estressantes e, geralmente, por tempo prolongado, o que pode afetar sua saúde mental e contribuir para o desenvolvimento de doenças como a depressão (Maciel et al., 2014). Resultados de um estudo com familiares cuidadores de mulheres com transtornos relacionados ao uso de substâncias, ou com diagnóstico duplo de transtornos psiquiátricos e dependência de drogas, constataram níveis de sintomatologia depressiva duas vezes maiores nesses familiares do que na população em geral (Biegel et al., 2010).

De acordo com a OMS, a depressão representa um problema significativo de saúde pública, visto que consiste em um fenômeno de alta prevalência, que acarreta alto grau de

sofrimento aos indivíduos e pode levar à morte. Estima-se que 15 a 20% das pessoas diagnosticadas com depressão cometam suicídio. No mundo, dados indicam que a prevalência de depressão varia em torno de 1,9% para os homens e 3,2% para as mulheres. Aproximadamente 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por, pelo menos, um episódio depressivo ao longo de um período de 12 meses. Além disso, dentre todas as perturbações psiquiátricas que acometem os usuários de serviços primários de saúde, cuja prevalência é de 24%, os transtornos depressivos são responsáveis por 10,4% desse índice (OMS, 2001).

No que se refere ao ônus ocasionado pelos transtornos psiquiátricos, a depressão consiste na principal causa de incapacitação no mundo todo. Considerando-se a carga global de doenças, em todas as idades, os transtornos depressivos ocupam o quarto lugar, com 4,4%, sendo superados somente pelas infecções das vias aéreas superiores, pelas condições perinatais e pela infecção por HIV/SIDA. Na faixa etária de 15 a 44 anos, a depressão ocupa o segundo lugar no *ranking*, sendo responsável por 8,6% da carga global, atrás das infecções por HIV/SIDA. A depressão representa, também, a principal causa de anos vividos com incapacidade (AVI), ocupando o primeiro lugar no *ranking* tanto na faixa etária de 15 a 44 anos (16,4%) quanto para todas as idades (11,9%). As perspectivas para o futuro são ainda mais preocupantes. As projeções indicam que, até 2020, se as tendências da transição demográfica e epidemiológica se mantiverem inalteradas, a carga da depressão aumentará para 5,7% da carga global de doenças, ocupando o segundo lugar no mundo (OMS, 2001).

A depressão consiste em um estado de alterações do humor que envolve, predominantemente, sentimentos de irritabilidade, tristeza profunda, apatia e disforia, bem como a perda da capacidade de sentir prazer e alterações cognitivas, motoras e somáticas (Dias, 2011). Todas as pessoas estão sujeitas a oscilações de humor, podendo sentir-se angustiadas diante de circunstâncias pessoais ou sociais adversas sem, no entanto, esses sentimentos constituírem uma perturbação mental propriamente dita. A depressão distingue-se de uma tristeza normal devido, principalmente, à intensidade e à duração prolongada de seus sintomas, que causam prejuízos e interferem nas atividades cotidianas do indivíduo, como as tarefas de autocuidado e o funcionamento social e ocupacional (OMS, 2001; Maciel et al., 2014). A depressão constitui, portanto, um quadro clínico bastante específico e delimitado, diagnosticado somente quando os sintomas atingem certo limiar e perduram por um período de tempo determinado. A depressão pode variar em

gravidade, desde a depressão leve até à muito grave, e quanto à sua ocorrência, podendo ser episódica, recorrente ou crônica (OMS, 2001).

De acordo com o DSM-IV, da *American Psychiatric Association* (APA), o Episódio Depressivo Maior é caracterizado pela presença de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades por um período mínimo de duas semanas consecutivas. Além disso, o indivíduo deve apresentar, pelo menos, quatro dos sintomas adicionais que incluem: alterações no apetite ou peso; alterações no sono; perturbações na atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida e planos ou tentativas de suicídio. Esses sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, e deve ser acompanhado de sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional e em outras esferas da vida do indivíduo. O Transtorno Depressivo Maior, por sua vez, caracteriza-se pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, podendo ser classificados como episódio único ou recorrente, respectivamente (APA, 2002).

Além do Episódio Depressivo Maior e do Transtorno Depressivo Maior, outra manifestação de depressão é definida pelo DSM-IV. O Transtorno Distímico é caracterizado por sintomas depressivos crônicos e menos severos, que ocorrem na maior parte do dia, na maioria dos dias, por um período mínimo de dois anos. Além disso, durante os períodos de humor deprimido, o indivíduo deve apresentar, pelo menos, dois dos seguintes sintomas adicionais: apetite diminuído ou hiperfagia; insônia ou hipersônia; baixa energia ou fadiga; baixa autoestima; dificuldade de concentração ou para tomar decisões; e sentimentos de desesperança (APA, 2002). Esses sintomas, embora menos intensos, ocasionam um grau de incapacitação semelhante (Dias, 2011).

A elaboração do diagnóstico de um quadro clínico de depressão é essencialmente diferente da mensuração da gravidade dos sintomas depressivos, consistindo, portanto, em tarefas distintas tanto no que se refere aos seus objetivos quanto aos seus procedimentos. O diagnóstico é realizado necessariamente por um profissional, geralmente, por meio de entrevistas clínicas que podem ser livres, semiestruturadas ou estruturadas. O objetivo principal do diagnóstico é identificar a presença ou ausência de um determinado conjunto de características clínicas, descritivas da condição em questão, como a presença, o padrão de ocorrência, a duração e o curso dos sintomas, em um paciente específico. A mensuração da sintomatologia depressiva, por outro lado, embora possa auxiliar no diagnóstico e no acompanhamento do paciente, visa somente a averiguar a presença ou intensidade dos

sintomas depressivos, não havendo pretensão de diagnosticar um quadro clínico. Dessa forma, a mensuração da sintomatologia depressiva é geralmente realizada mediante a aplicação de escalas de avaliação e instrumentos de medida (Calil & Pires, 1998).

Resultados dos poucos estudos que investigaram a sintomatologia depressiva em familiares de dependentes de álcool e outras drogas permitiram identificar algumas variáveis preditoras des sintomatologia. Uma sintomatologia depressiva maior associou-se a um menor grau de escolaridade do familiar (Maciel et al., 2014), à presença de comorbidade psiquiátrica no dependente (Biegel et al., 2010), a uma severidade maior no uso de drogas e à má qualidade da relação familiar (Li et al., 2014). Nesse último estudo, um maior grau de sintomatologia depressiva correlacionou-se, também, com um maior grau de sobrecarga subjetiva do próprio cuidador (Li et al., 2014).

Além do impacto negativo da depressão para a qualidade de vida do familiar cuidador (Maciel et al., 2014), a presença de um alto nível de sintomatologia depressiva no familiar pode prejudicar sua capacidade e disposição para fornecer apoio e cuidado ao dependente e participar ativamente de seu tratamento (Biegel et al., 2010). O envolvimento da família tem impacto positivo sobre o tratamento do paciente, como, por exemplo, sua abstinência, a redução de recaídas, seu nível de funcionamento global, sua sintomatologia e sua adesão ao tratamento (Biegel et al., 2010). No entanto, como mencionado anteriormente, apesar dos serviços direcionados ao tratamento de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas reconhecerem a importância do envolvimento dos familiares no tratamento dos pacientes, as necessidades dos familiares ainda são negligenciadas e não foram incorporadas às atividades terapêuticas dos serviços (Biegel et al., 2010), sendo o foco do tratamento mantido prioritariamente no dependente (Maciel et al., 2014).

Relação entre sobrecarga e sintomatologia depressiva

Como mencionado anteriormente, a sobrecarga e a sintomatologia depressiva constituem as duas principais variáveis avaliadas em pesquisas que buscam investigar o impacto e as consequências de ser um cuidador familiar. Os transtornos depressivos têm recebido especial destaque na literatura da área, devido à sua relevância, e um grande esforço tem sido feito para compreender quais fatores presentes nas experiências do cuidador estão relacionados a um comprometimento de sua saúde mental. Grande parte desses estudos tem investigado, mais precisamente, a relação entre a sobrecarga resultante

do papel de cuidador e o desenvolvimento de uma sintomatologia depressiva (Clyburn et al., 2000; Sherwood et al., 2005). Os resultados encontrados são similares entre cuidadores de diferentes tipos de pacientes, tendo sido constatada uma relação significativa entre o grau de sobrecarga e o nível de sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de pacientes com transtornos neurológicos, como Alzheimer, Parkinson, demência, Acidente Vascular Cerebral e epilepsia (Cotelo et al., 2015; Mendéz et al., 2010; Pinguart & Sörensen, 2003; Santos et al., 2014; Sirari et al., 2014; Son et al., 2007; Springate & Tremont, 2011; Thompson et al., 1990; Whitlatch et al., 1997; Yoon, 2003), com transtornos psiquiátricos, especialmente esquizofrenia (Dias, 2011; Magaña et al., 2007; Oldridge & Hughes, 1992; Song et al., 1997; Thunyadee et al., 2015), pacientes com câncer (Raveis, Karus, & Siegel, 1998; Rhee et al., 2008), com HIV (Pirraglia et al., 2005) e com outras condições, como dependência funcional (Guedes & Pereira, 2013) e problemas cardíacos (Chung, Pressler, Dunbar, Lennie, & Moser, 2010; Hooley, Butler, & Howlett, 2005; Zincir et al., 2014). A sobrecarga tem-se mostrado, portanto, consistentemente associada à presença de sintomas depressivos nos familiares cuidadores, sendo apontada por grande parte dos estudos como um dos principais fatores preditores dessa sintomatologia depressiva (Clyburn et al., 2000; Dias, 2011; Sherwood et al., 2005; Son et al., 2007; Song et al., 1997; Magaña et al., 2007; Thunyadee, 2015; Whitlatch et al., 1997; Yoon, 2003; Zincir et al., 2014).

A maioria das pesquisas sobre o efeito do papel de cuidador na saúde do familiar tem utilizado como referencial teórico derivações do modelo do processo de estresse de Lazarus & Folkman (1984; Son et al., 2007; Yoon, 2003). Esses autores consideram que a saúde e o bem-estar do indivíduo não são afetados pelos eventos estressores em si, mas pela forma como o indivíduo avalia esses estressores. Essa avaliação dos eventos estressores, por sua vez, depende das características do indivíduo e seus recursos pessoais disponíveis para lidar com a situação (Clyburn et al., 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Yoon, 2003). Portanto, nesse modelo, variáveis mediadoras, como a avaliação dos estressores, estratégias de enfrentamento e suporte social desempenham papel fundamental na determinação dos resultados do processo de estresse na saúde e bem-estar do indivíduo. Uma vez que uma demanda é avaliada como fonte de estresse, outros resultados negativos podem surgir (Clyburn et al., 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Yoon, 2003). O modelo do processo de estresse envolve, basicamente, quatro fatores principais: variáveis contextuais ou da história do indivíduo; eventos estressores; variáveis mediadoras e resultados (Lazarus & Folkman, 1984; Magaña et al., 2007; Yoon, 2003).

Embasados conceitualmente pelo modelo do processo de estresse de Lazarus & Folkman (1984) e pelas evidências empíricas provenientes dos estudos com familiares cuidadores de pacientes com Alzheimer, Clyburn et al. (2000) desenvolveram e testaram, por meio de técnicas de modelagem de equações estruturais, um modelo explicativo de como o papel de cuidador afeta a sintomatologia depressiva do familiar. O modelo postula que o efeito na sintomatologia depressiva é mediado pela sobrecarga subjetiva associada aos eventos estressores do papel de cuidador. Ou seja, os eventos estressores, presentes na situação de cuidar de um paciente, funcionam como antecedentes para a avaliação subjetiva da sobrecarga, que, por sua vez, contribui como antecedente para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva (Clyburn et al., 2000; Yoon, 2003).

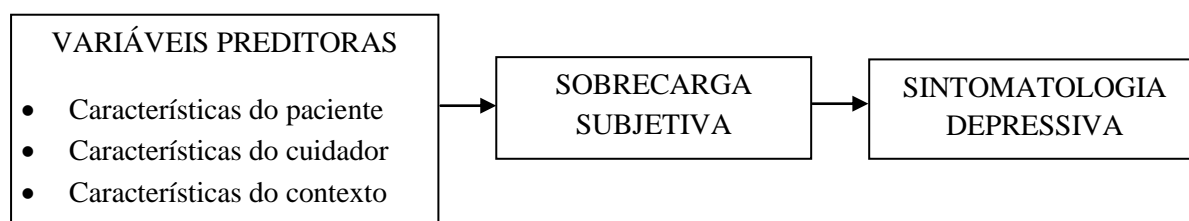


Figura 3. Modelo teórico de Clyburn et al. (2000) que relaciona a sobrecarga subjetiva como uma variável mediadora da sintomatologia depressiva em familiares cuidadores

De acordo com o modelo de Clyburn et al. (2000), as variáveis preditoras, dentre as quais os eventos estressores, podem ser distribuídas em três grupos: 1) características do paciente, como o número e a frequência de comportamentos problemáticos, o seu grau de limitação ou incapacidade e a duração da doença; 2) características do cuidador, como suas características sociodemográficas, seu estado de saúde e o tipo de parentesco com o paciente; e 3) características do contexto da situação de cuidar, como a relação entre o cuidador e o paciente, se ambos residem juntos ou não, a rede de suporte social do familiar e a obtenção de ajuda informal ou por meio de serviços formais (Clyburn et al., 2000; Song et al., 1997).

Conforme apontado por Clyburn et al. (2000), os resultados encontrados em seu estudo dão suporte ao modelo teórico, no qual o impacto no bem-estar do indivíduo, ou seja, em sua sintomatologia depressiva, depende de como as demandas do papel de cuidador afetam sua avaliação subjetiva de sobrecarga. O modelo inverso, no qual a sintomatologia depressiva mediaria a sobrecarga, também foi testado pelos autores, mas não foi corroborado pelos resultados. Alguns estudos posteriores, como o de Sherwood et

al. (2005) e O'Rourke e Tuokko (2004) encontraram resultados em consonância com o modelo de Clyburn et al. (2000). No estudo de Sherwood et al. (2005), que também utilizaram modelagem de equações estruturais, os resultados obtidos constataram que, à medida que o grau de sobrecarga subjetiva do familiar cuidador aumentava, seu nível de sintomatologia depressiva tendia a aumentar também. No entanto, o caminho contrário – sintomas depressivos como mediadores da sobrecarga – não foi corroborado pelos dados obtidos (Sherwood et al., 2005). No estudo longitudinal realizado por O'Rourke e Tuokko (2004), a análise de regressão também sugeriu que a sobrecarga constitui uma variável antecedente significativa da sintomatologia depressiva. A sintomatologia depressiva não constituiu uma variável antecedente da sobrecarga. A partir dos dados, os pesquisadores concluíram que a sobrecarga sentida pelos familiares em determinado ponto parece predizer uma futura sintomatologia depressiva.

Sobrecarga e sintomatologia depressiva como indicadores na avaliação dos serviços

A avaliação da sobrecarga e da sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas se insere dentro da área de avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental. Parte-se do pressuposto de que serviços mais efetivos no tratamento dos pacientes deveriam diminuir sua sintomatologia, promover sua autonomia e contribuir para sua reabilitação psicossocial, reduzindo, conseqüentemente, o impacto do transtorno na vida dos familiares cuidadores e sua sobrecarga (Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo, & Parente, 2014). A medida de sobrecarga familiar tem sido utilizada, portanto, na avaliação dos resultados do tratamento em serviços de saúde mental (Thornicroft e Tansella, 2010). Tem sido usada, inclusive, na avaliação dos efeitos de medicamentos sobre o tratamento dos pacientes, visto que, à medida que o paciente melhora, a sobrecarga familiar tende a diminuir (Tessler & Gamache, 2000).

A avaliação da sobrecarga e da sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores fornece um indicador da qualidade dos serviços também porque, dentre as intervenções previstas para os serviços de saúde mental, inclui-se a orientação dos familiares, visando a ampliar seus conhecimentos sobre os transtornos e seu tratamento, além de ensiná-los a lidar com os comportamentos do paciente. Essas intervenções poderiam diminuir a sobrecarga sentida pelos familiares e melhorar a assistência que estes fornecem aos pacientes (OMS, 2001; Eloia et al., 2014). A inclusão das famílias no planejamento e na avaliação dos serviços de saúde mental constitui uma das dez recomendações da OMS para

a saúde mental no mundo (OMS, 2001), podendo contribuir para a qualidade dos serviços de saúde mental (Donabedian, 2005).

A qualidade dos serviços é definida, segundo Donabedian (1990), por uma série de atributos que constituem os “sete pilares da qualidade”. De acordo com o autor, o primeiro pilar consiste na eficácia do serviço; ou seja, a capacidade do cuidado oferecido produzir resultados positivos no estado de saúde e no bem-estar dos pacientes sob condições ideais de pesquisa. A efetividade, por outro lado, refere-se aos resultados positivos que são alcançados em condições normais da prática cotidiana dos serviços. O terceiro pilar da qualidade, a eficiência, leva em consideração o custo com o qual os resultados são alcançados. Isto é, se duas estratégias de cuidados são igualmente eficazes e efetivas, a de menor custo é a mais eficiente. A otimização, que consiste no quarto pilar, se refere ao melhor equilíbrio entre os efeitos do cuidado e seus custos. O quinto pilar da qualidade do serviço, denominado como aceitabilidade ou satisfação, envolve a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares. De acordo com o autor, a aceitação do serviço pelo paciente depende de sua avaliação subjetiva quanto à efetividade, eficiência e otimização do cuidado, e, também, quanto à acessibilidade do serviço, às condições de sua estrutura, à forma de atendimento e relacionamento com os profissionais, às intervenções terapêuticas realizadas e até aos resultados obtidos. A legitimidade, o sexto pilar, pode ser descrita como a aceitabilidade do serviço perante a comunidade ou a sociedade em geral, visto que, ao receber ou não tratamento, o paciente não é o único que tem sua vida impactada. Por fim, o último pilar da qualidade do serviço, descrito por Donabedian (1990), consiste na equidade da distribuição do cuidado entre os membros da população, o que influencia diretamente a aceitação e a legitimação do serviço pela sociedade.

Visando a contemplar todos os atributos da qualidade de serviços, Donabedian (2005) propõe que a avaliação dos serviços de saúde deve abranger três dimensões básicas: a estrutura, o processo e o resultado. A avaliação da estrutura refere-se às condições organizacionais e físicas dos serviços, assim como às características dos recursos humanos. A avaliação do processo enfoca as atividades desenvolvidas no serviço; ou seja, as intervenções terapêuticas destinadas aos pacientes e a forma de funcionamento do serviço. A avaliação dos resultados consiste no estudo dos efeitos das intervenções realizadas no serviço e seu impacto sobre a saúde e a vida do paciente. A avaliação dos resultados deve abranger, também, os efeitos indiretos do tratamento realizado pelos serviços sobre os familiares dos pacientes; isto é, seus efeitos no ônus não monetário ou sobrecarga dos

familiares (Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineault, 1996; Bandeira, 2014; Thornicroft & Tansella, 2010). Essa avaliação será o objeto do presente estudo.

A avaliação de serviços de saúde, segundo Contandriopoulos et al. (1996), é definida como o julgamento de valor acerca de uma intervenção, tratamento ou serviço, que tem como objetivo principal auxiliar no processo de tomada de decisão. Para esses autores, existem dois tipos de avaliação de serviços: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa enfoca a adequação dos serviços de saúde a critérios e normas estabelecidos por um órgão regulador. A pesquisa avaliativa, adotada no presente trabalho, utiliza procedimentos científicos para produzir conhecimentos sobre a qualidade dos serviços e seu impacto para os diversos agentes envolvidos (pacientes, familiares, profissionais e a comunidade em geral), além de fornecer subsídio aos gestores dos serviços quanto à tomada de decisões (Contandriopoulos et al., 1996; Bandeira, 2014).

O tipo de pesquisa avaliativa mais frequentemente utilizada na avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental consiste na análise dos efeitos. Essa análise visa a avaliar os resultados do tratamento sobre o estado de saúde e a qualidade de vida dos pacientes, bem como dos seus familiares, considerado um de seus custos não monetários. A presente avaliação da sobrecarga e da sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas se insere nesse tipo de análise (Contandriopoulos et al., 1996; Bandeira, 2014).

A pesquisa avaliativa também engloba outros tipos de análise, que não serão abordados no presente trabalho, mas que são descritos por Contandriopoulos et al. (1996) como importantes formas de avaliação dos serviços de saúde. Dentre elas, a análise estratégica visa a investigar se a intervenção, o programa ou o serviço são pertinentes em relação à demanda e às necessidades apresentadas pela população-alvo. A análise da intervenção, por sua vez, avalia a capacidade dos recursos e meios empregados pelos serviços de atingir os objetivos pretendidos. O terceiro tipo de análise, referente à produtividade, visa a estudar se os mesmos serviços poderiam ser produzidos com menos recursos, sendo essa produtividade medida em unidades físicas ou monetárias. A análise de rendimento, embora semelhante à análise de produtividade, avalia a relação entre os recursos utilizados e os objetivos alcançados, englobando análises de custo/benefício, custo/eficácia e custo/utilidade. Nesse caso, os custos e os benefícios são mensurados em unidades monetárias, enquanto a eficácia e a utilidade são mensuradas em termos de índices reais de resultados. Finalmente, a análise de implantação tem como objetivo aferir

a influência do grau e da forma de implantação, bem como a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção foi implantada sobre os efeitos obtidos.

Outra forma de classificação das pesquisas avaliativas da qualidade dos serviços divide essas pesquisas em dois tipos: somativas e formativas (Selltiz, Wrightsman, & Cook, 1987; Smith, 2004). A presente avaliação da sobrecarga e da sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de dependentes de substâncias psicoativas se insere no primeiro tipo de pesquisa. As pesquisas somativas são realizadas após certo tempo de funcionamento dos serviços e avaliam seus resultados e efeitos sobre os estados de saúde física e mental dos usuários, familiares e demais agentes envolvidos. Além disso, têm como objetivo principal avaliar se o serviço está sendo efetivo, se deve continuar ou ser interrompido, ou, ainda, se deve passar por alguma reformulação. Para que essa avaliação possa ser realizada, o serviço deve estar em funcionamento por um período de tempo que seja suficiente para identificar seus efeitos positivos e negativos, e seus custos diretos e indiretos (Bandeira, 2014). Esse tipo de pesquisa utiliza dados quantitativos, obtidos mediante indicadores objetivos e instrumentos de medida validados, e emprega a análise estatística para avaliar os resultados. A pesquisa formativa, por sua vez, se caracteriza por pesquisas mais descritivas, geralmente realizadas no início da implantação dos serviços, programas ou intervenções, e que se baseiam em dados qualitativos extraídos de diversas fontes, como relatos informais dos profissionais e observação participante. Tem como objetivo principal avaliar a forma como os serviços funcionam e se organizam, sendo úteis para auxiliar os gestores em sua melhoria (Selltiz et al., 1987; Smith, 2004).

A pesquisa avaliativa dos serviços de saúde mental e seu constante monitoramento constituem uma das dez recomendações da OMS (2001) para a saúde mental no mundo, a fim de que possam ser identificadas as necessidades e prioridades desses serviços e avaliada a eficácia dos programas de prevenção e tratamento, garantindo, assim, a qualidade desses serviços. Além disso, a OMS (2001) enfatiza que a avaliação dos serviços deve ser integrativa e incluir as perspectivas dos três agentes envolvidos: pacientes, familiares e profissionais do serviço.

De acordo com Contandriopoulos (2006), existe um consenso de que a prática de avaliação deveria ser incorporada à rotina dos serviços de saúde mental. As decisões tomadas pelos gestores e profissionais dos serviços deveriam ser embasadas em avaliações sistemáticas, e as ações desenvolvidas deveriam se organizar de acordo com o ciclo de Deming, que inclui uma sucessão de etapas referentes a planejamento, execução, avaliação e reformulação em função dos conhecimentos fornecidos pela avaliação. Todavia, embora

a avaliação de serviços de saúde tenha sua importância reconhecida e que, inclusive, seja recomendada pela OMS (2001) como uma forma de garantir a qualidade dos serviços, diversas são as dificuldades encontradas na sua institucionalização, e sua prática continua longe de se tornar rotineira (Contandriopoulos, 2006).

Estudos sobre sobrecarga e sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas

Como mencionado na introdução deste trabalho, por meio das buscas realizadas nos indexadores de periódicos científicos, foram encontrados oito estudos internacionais que avaliaram a sobrecarga de familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas (Biegel et al. 2007; Hoertel & Limosin, 2014; Lamichhane et al., 2008; Malik et al., 2012; Mattoo et al., 2013; Nebhinani et al., 2013; Pereira & Soares, 2011; Shyangwa et al., 2008), um estudo nacional que investigou a sintomatologia depressiva desses familiares (Maciel et al., 2014) e dois estudos internacionais (Biegel et al., 2010; Li et al., 2013) e um estudo nacional (Marcon et al., 2012) que buscaram avaliar essas duas variáveis. A seguir, encontram-se as descrições desses estudos, apresentados na seguinte ordem: estudos que avaliaram a sobrecarga, estudos que avaliaram a sintomatologia depressiva, estudos que avaliaram ambas as variáveis e estudos que investigaram a relação entre elas.

O estudo de Hoertel & Limosin (2014), realizado na França, buscou avaliar a sobrecarga de familiares de pessoas usuárias de bebidas alcoólicas em diferentes níveis de intensidade e frequência. Foram utilizados, como instrumentos de medida, a escala BI, para mensurar o grau de sobrecarga dos familiares, e o *Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption questionnaire* (AUDIT-C), para identificação e classificação do uso de álcool. O grau de sobrecarga foi comparado entre grupos de pessoas abstinentes, usuárias sem riscos ocasionais, usuárias sem riscos regulares, usuárias com riscos pontuais, usuárias com risco crônico e dependentes de álcool. Foram entrevistados 886 familiares e os dados obtidos foram analisados por meio do cálculo de frequência, porcentagem, média, desvio-padrão, Teste Qui-quadrado e Análise de Variância ANOVA. Os resultados indicaram um escore médio de sobrecarga de 28,5, sendo que 36,5%, 41,0%, 18,5% e 4,0% apresentaram uma sobrecarga mínima ou ausente, leve a moderada, moderada a grave e grave, respectivamente. Foi identificado maior grau de sobrecarga em familiares que possuíam entre 30 e 40 anos de idade, que possuíam um vínculo próximo com o usuário (cônjuge, mãe/pai, filhos), moravam com o usuário, apresentavam algum transtorno de humor, que

havia recebido algum suporte psicológico no decorrer do ano anterior e consideravam que o usuário excessivo é responsável por seu problema com a bebida. Quanto às características dos usuários, o grau de sobrecarga foi maior entre os familiares de usuários do sexo feminino, que possuíam crianças em casa, que não trabalhavam, que haviam sofrido consequências sociais ou legais, ou manifestado comportamentos violentos devido ao álcool no ano anterior, que apresentavam alguma doença somática ou psiquiátrica, que haviam realizado algum tratamento ambulatorial ou hospitalar e que haviam sido hospitalizados por motivos relacionados ao uso de álcool no ano anterior. Uma sobrecarga mais elevada também foi apresentada pelos familiares de usuários que podiam ser considerados alcoolistas, cuja quantidade média de álcool ingerida diariamente era mais acentuada e cujo uso excessivo de álcool ocorria pelo menos uma vez por semana.

A pesquisa realizada por Matto et al. (2013), na Índia, teve como objetivo avaliar o grau de sobrecarga de familiares cuidadores de homens com dependência de álcool, opiáceos ou uso cruzado de ambas as substâncias. Foram entrevistados 40 familiares de dependentes de álcool, 40 de dependentes de opiáceos e 40 de dependentes com uso cruzado, totalizando 120 familiares. Para a avaliação das sobrecargas objetiva e subjetiva, foi utilizado a *Family Burden Interview Schedule* (FBIS), que abrange seis dimensões: sobrecarga financeira, perturbação das atividades cotidianas da família, perturbação nas atividades de lazer da família, perturbação na interação entre os familiares e efeito sobre a saúde física e mental dos familiares. As análises estatísticas descritivas foram obtidas por meio dos cálculos de frequência, porcentagem, média, desvio-padrão, ANOVA e correção de Bonferroni. A comparação entre os grupos com sobrecarga moderada e severa foi realizada mediante o Teste *t* de *Student* para variáveis independentes e pelo teste Qui-quadrado. Os resultados apontam que a avaliação global das sobrecargas objetiva e subjetiva foi bastante semelhante entre os três grupos de familiares, considerada, em sua maioria, moderada (52,5%) ou severa (45,8%) e raramente ausente (1,7%). Quando avaliadas as diferentes dimensões da escala, o grau de sobrecarga entre os grupos também foi similar, com exceção das dimensões “perturbação nas atividades de lazer da família” e “efeito na saúde física dos familiares” as quais foram mais frequentemente consideradas severa pelos familiares de usuários cruzados do que daqueles que faziam uso de uma ou outra substância. Constatou-se que familiares que moravam na zona rural apresentaram maior sobrecarga subjetiva severa do que aqueles que moravam na zona urbana e que familiares desempregados apresentaram maior sobrecarga nas subescalas “sobrecarga financeira”, “perturbação na rotina familiar” e “perturbação na interação familiar” do que

aqueles que estavam empregados. Em relação às variáveis associadas, os resultados obtidos a partir da análise de Regressão Logística indicaram que morar na zona rural foi a única variável preditora de sobrecarga subjetiva severa. A duração da dependência, o grau de parentesco, o estado civil, a ocupação (empregado ou desempregado), o tipo de formação familiar, a presença de comorbidade física ou psiquiátrica e o histórico familiar de transtornos psiquiátricos não constituíram variáveis predictoras de sobrecarga subjetiva severa.

A fim de identificar o impacto da dependência de substâncias em familiares cuidadores, Malik et al. (2012) desenvolveram um estudo transversal randomizado na área rural de Punjab, na Índia. Foram entrevistados 83 cuidadores de pacientes com diagnóstico de dependência de substâncias, utilizando-se, também, a FBIS para avaliação da sobrecarga. As análises estatísticas dos dados foram realizadas através de média, amplitude total, desvio-padrão e porcentagem. Dos familiares cuidadores que constituíram a amostra, 12,5% não apresentaram sobrecarga, enquanto 77,5% e 10% apresentaram sobrecarga moderada e severa, respectivamente. Em relação às variáveis associadas, foi identificada maior sobrecarga em familiares de pacientes analfabetos, viúvos, com nível socioeconômico mais baixo, que faziam uso cruzado de álcool e opiáceos, com maior duração da dependência e que já haviam passado por outros tratamentos anteriormente e recaíram.

Nebhinani et al. (2013) investigaram, em um estudo transversal realizado, também, na Índia, a sobrecarga de 80 familiares cuidadores de dependentes de opiáceos com padrões de uso injetável e não injetável. A sobrecarga foi avaliada por meio da escala FBIS e os dados obtidos foram analisados estatisticamente pelo cálculo da média, porcentagem, desvio-padrão e comparados pelos testes *t* de *Student* para variáveis independentes e Qui-quadrado. Quanto aos resultados, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os graus de sobrecarga dos grupos de cuidadores de dependentes com padrão de uso injetável e não injetável. O primeiro grupo apresentou maiores sobrecargas severas objetiva (70%) e subjetiva (80%) em relação ao segundo grupo, cujos dados foram de 5% e 50%, respectivamente. Familiares de pacientes com comorbidades físicas apresentaram maior sobrecarga nas subescalas “sobrecarga financeira” e “perturbação nas atividades de lazer”. Não foi encontrada relação significativa entre o grau de sobrecarga e variáveis como duração da dependência, grau de parentesco, comorbidade psiquiátrica e histórico familiar de dependência de substâncias. No grupo de usuários com padrão injetável, observou-se que uma porcentagem maior de familiares solteiros e desempregados

apresentou sobrecarga objetiva severa em comparação àqueles que eram casados e estavam empregados. A única variável apontada como preditora de sobrecarga subjetiva severa, na análise de Regressão Logística, consistiu no desemprego.

O estudo conduzido por Lamichhane et al. (2008), no Nepal, também baseado em população hospitalar, objetivou avaliar a sobrecarga familiar vivenciada por 60 cuidadores primários de dependentes de substâncias, dos quais 30 eram familiares de dependentes de álcool e 30 eram usuários de drogas injetáveis. Para isso, foi utilizada a escala FBIS. A análise estatística dos dados foi feita com base nos cálculos de frequência, porcentagem, média, amplitude total e desvio-padrão, além de terem sido submetidos ao Teste *t* de *Student*, ao Teste Qui-quadrado e ao Teste exato de Fisher. Constatou-se que 73,3% dos cuidadores perceberam um grau severo de sobrecarga devido ao familiar dependente, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os graus de sobrecargas objetiva e subjetiva dos familiares de dependentes de álcool e de usuários de drogas injetáveis. Quanto ao grau de parentesco, constatou-se que os cônjuges apresentaram menores sobrecargas objetiva e subjetiva do que outros familiares.

O estudo desenvolvido por Shyangwa et al. (2008), na Índia, teve como objetivo avaliar as sobrecargas objetiva e subjetiva de 50 esposas cuidadoras de homens com dependência de drogas opiáceas. Os pesquisadores utilizaram a escala FBIS para mensurar o grau de sobrecarga e as análises estatísticas realizadas consistiram em cálculo de frequência, porcentagem, média, desvio-padrão, teste *t* de *Student* e Regressão Linear. Os resultados indicaram que 44,0% e 56,0% das participantes apresentaram uma sobrecarga objetiva moderada e severa, e 26,0% e 74,0% uma sobrecarga subjetiva moderada e severa, respectivamente. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa com qualquer das variáveis sociodemográficas analisadas. Constatou-se uma relação positiva significativa entre o grau de sobrecarga e os domínios “condições médicas” e “relacionamentos familiares/sociais” da escala *Addiction Severity Index (ASI)*, que avalia a intensidade do quadro de dependência de drogas a partir dos problemas associados.

Pereira e Soares (2011) desenvolveram um estudo de validação da escala *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* com familiares de dependentes de substâncias psicoativas em Portugal. A escala utilizada avalia aspectos positivos e negativos específicos da situação de cuidar e possui cinco dimensões: autoestima do cuidador, falta de suporte familiar, impacto nas finanças, impacto nos horários e impacto na saúde do cuidador. As opções de resposta estão dispostas em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Embora não tenha sido o objetivo primário, o

estudo avaliou a sobrecarga de 120 familiares de dependentes de substâncias e sua relação com o suporte social recebido. Os resultados obtidos indicaram que 53% dos familiares sentiam-se sobrecarregados e 47% não apresentavam sobrecarga, utilizando-se o valor da mediana como ponto de corte. Além disso, por meio da aplicação do Teste *t* de *Student*, identificou-se que os familiares com menor suporte social apresentaram sobrecarga significativamente mais elevada que os familiares com maior suporte social.

A fim de identificar os preditores da sobrecarga em familiares cuidadores de mulheres com dependência de substâncias e com co-ocorrência de transtorno por uso de substâncias e outros transtornos psiquiátricos, Biegel et al. (2007) desenvolveram, nos EUA, um estudo com 82 familiares. A sobrecarga foi mensurada por meio de quatro subescalas da escala *Family Experiences Interview Schedule*, que avaliam as dimensões Preocupação, Descontentamento, Estigma e Impacto na vida do cuidador. A análise de dados foi realizada por meio do cálculo de média, desvio-padrão e porcentagem, e das análises de correlação de Pearson e de regressão múltipla. Uma frequência maior de comportamentos problemáticos das usuárias consistiu em uma variável preditora de Preocupação, Descontentamento e Impacto. Além disso, receber menos suporte de amigos do que os cuidadores esperavam consistiu em um preditor de Estigma, menos ajuda fornecida pelas usuárias consistiu em um preditor de Descontentamento e menos suporte da família do que o esperado pelos cuidadores consistiu em um preditor de Impacto do papel de cuidador.

O estudo de Maciel et al. (2014), realizado no Brasil, teve como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva de familiares de dependentes de álcool e outras drogas. A amostra foi composta por 100 familiares de dependentes institucionalizados e o instrumento utilizado para mensurar a sintomatologia depressiva consistiu no *Beck Depression Inventory* (BDI). Os níveis de sintomatologia depressiva foram categorizados em mínimo (0-11), leve (12-19), moderada (20-35) e grave (36-63) de acordo com a orientação de Cunha (2001). Os dados obtidos foram analisados estatisticamente por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, para verificar a normalidade dos dados. Além disso, foram utilizados o Teste *t* de *Student*, para avaliar a diferença de sintomatologia depressiva em relação ao sexo e ao tipo de droga utilizada; ANOVA *One Way*, para comparar a sintomatologia depressiva entre os diferentes níveis de renda, graus de parentesco com o dependente, escolaridade e faixa etária do cuidador; e análise de Correlação de Pearson, para avaliar a relação entre a sintomatologia depressiva e o tempo de convivência do familiar com a dependência. A partir da aplicação do BDI, cujo escore médio obtido foi de

16,29 (DP = 10,16), foi constatada uma prevalência de 66% de depressão, dos quais 35% apresentavam sintomatologia leve, 27%, sintomatologia moderada e 4%, grave. Não foi encontrada relação ou diferença estatisticamente significativa de sintomatologia depressiva em relação às variáveis estudadas, com exceção do nível de escolaridade. Os resultados indicaram que os familiares analfabetos ou que possuíam apenas o Ensino Fundamental apresentaram maior grau de sintomatologia depressiva do que aqueles que possuíam Ensino Superior.

O estudo desenvolvido por Marcon et al. (2012), também nacional, teve como objetivo a avaliação da sobrecarga e da sintomatologia depressiva de cuidadores de dependentes de substâncias psicoativas. Para isso, 109 cuidadores foram entrevistados e tiveram sua sobrecarga mensurada pela *Caregiver Burden Scale*, que fornece escores parciais e totais que variam entre 1 (ausência de sobrecarga) e 4 (maior sobrecarga). A sintomatologia depressiva foi avaliada por meio do BDI e dividida em depressão leve ou normal (<15), disforia (16-20) e depressão (>20). As análises estatísticas foram realizadas com base em porcentagens, medidas de posição e variação, Correlação de Spearman e Regressão linear múltipla. A média geral da sobrecarga entre os cuidadores foi de 2,2 (EPM - 0,08), maior do que a sobrecarga encontrada em outros estudos com cuidadores de pacientes em hemodiálise ou com amputação de membros inferiores, que utilizaram o mesmo instrumento de medida. Do total de familiares, 23,8% apresentaram sintomas depressivos, 12,8%, disforia e 63,4%, sintomatologia depressiva leve ou ausente. A relação entre os níveis de sobrecarga e de sintomatologia depressiva dos familiares não foi avaliada.

Outro estudo internacional, conduzido nos EUA por Biegel et al. (2010), buscou identificar os fatores preditores da sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de mulheres com dependência ou coocorrência de uso de substâncias e outros transtornos psiquiátricos. A sobrecarga subjetiva consistiu em uma das variáveis analisadas como preditoras da sintomatologia depressiva. A amostra foi composta por 82 familiares cuidadores. Os instrumentos de medida utilizados consistiram no CES-D, para a sintomatologia depressiva, e, para a sobrecarga subjetiva, foi elaborada uma escala a partir da combinação de duas subescalas da FBIS. A escala final de sobrecarga continha 16 itens, cujas opções de resposta variavam de 0 (nunca) a 4 (sempre ou quase sempre). Foram realizadas análises descritivas, com cálculo de média, desvio-padrão e porcentagem, e análises bivariadas e de regressão múltipla. Os escores obtidos no CES-D indicaram um alto nível de sintomatologia depressiva entre os familiares, dentre os quais 39% apresentavam risco de depressão clínica (≥ 16). Os familiares de mulheres com duplo

diagnóstico manifestaram uma sintomatologia depressiva significativamente maior que os familiares de mulheres que atendiam apenas aos critérios diagnósticos de dependência. Em relação à escala de sobrecarga, o escore global médio obtido foi 27,27 (DP - 12,44). A análise de regressão múltipla constatou que maior grau de sintomatologia depressiva associou-se a maior nível de problemas emocionais das pacientes, menor nível de saúde física dos cuidadores e menor suporte social recebido pelas pacientes. A sobrecarga subjetiva não constituiu uma variável preditora significativa da sintomatologia depressiva.

Por fim, a pesquisa realizada por Li et al. (2013), no Vietnã, avaliou as duas variáveis em questão e a relação entre elas. A amostra foi composta por 83 familiares de dependentes de drogas injetáveis. Foram utilizados o *Zung Self-Rating Depression Scale*, para mensurar a sintomatologia depressiva, e o *Perceived Caregiver Burden Scale*, para sobrecarga. Na escala de depressão, os participantes indicavam a frequência com que ocorriam as sentenças descritas, sendo as opções de resposta dispostas em uma escala de 1 (um pouco) a 4 (a maior parte do tempo todo). O escore global foi calculado pela soma dos escores dos dez itens da escala. A escala de sobrecarga, por sua vez, continha 21 itens que avaliavam a percepção do familiar acerca do impacto que o dependente causava sobre sua saúde, finanças e sentimentos de aprisionamento. As opções de resposta variavam de 0 (nunca) a 4 (quase sempre). A análise estatística dos dados foi realizada pelos testes Qui-quadrado, Correlação de Pearson e Regressão linear múltipla. O escore médio obtido na escala de depressão foi 18,41 (DP - 4,93) e na escala de sobrecarga, 53,3 (DP - 8,59). A análise dos fatores associados constatou uma correlação negativa significativa entre o grau de sobrecarga e a qualidade da relação entre familiar e dependente. A sintomatologia depressiva, por sua vez, correlacionou-se significativamente com a severidade do uso de drogas, a vergonha internalizada por parte do dependente, a má qualidade da relação familiar e o próprio grau de sobrecarga do familiar, tendo a sobrecarga constituído uma variável preditora do nível de sintomatologia depressiva.

Pode-se concluir que são escassos os estudos que buscaram avaliar a sobrecarga e a sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas tanto na literatura internacional quanto na nacional. São ainda mais escassos os estudos que buscaram investigar a relação entre essas duas variáveis nessa população. Embora o tema do abuso e dependência de substâncias venha se tornando mais presente no campo das investigações científicas, o impacto sobre o familiar cuidador ainda é pouco estudado.

OBJETIVOS

Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho consistiu em investigar o grau de sobrecarga subjetiva e o nível de sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, assim como avaliar a relação entre essas variáveis.

Objetivos específicos

1. Avaliar o grau de sobrecarga subjetiva dos familiares;
2. Avaliar o nível de sintomatologia depressiva dos familiares;
3. Avaliar a correlação entre os graus de sobrecarga subjetiva e de sintomatologia depressiva;
4. Investigar os fatores associados à sintomatologia depressiva dos familiares, identificando a importância relativa do grau de sobrecarga subjetiva, comparativamente às variáveis clínicas, sociodemográficas e de condição de vida dos familiares e dos pacientes.

HIPÓTESE

A hipótese deste trabalho foi de que haveria uma correlação positiva significativa entre o grau de sobrecarga subjetiva e o nível de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores, e que a sobrecarga seria o fator preditivo mais importante da sintomatologia depressiva comparativamente a outras variáveis. Essa hipótese se baseou em dois parâmetros: um modelo teórico e dados empíricos. Teoricamente, essa hipótese se baseou no modelo de Clyburn et al. (2000), elaborado com base em análises de equações estruturais, descrito previamente, segundo o qual a sobrecarga subjetiva dos familiares constitui um fator antecedente que propicia o surgimento de uma sintomatologia depressiva. No campo empírico, o estudo de Sherwood et al. (2005), também com esse mesmo tipo de análise, confirmou essa relação, assim como o estudo longitudinal de O'Rourke e Tuokko (2004). Essa hipótese se baseou, também, nos resultados encontrados no estudo de Li et al. (2013) e em estudos com cuidadores de outros tipos de pacientes (Chung et al., 2010; Clyburn et al., 2000; Coteló et al., 2015; Guedes & Pereira, 2013; Hooley et al., 2005; Magaña et al., 2007; Mendéz et al., 2010; Oldridge & Hughes, 1992; Pinquart & Sörensen, 2003; Pirraglia et al., 2005; Raveis et al., 1998; Rhee et al., 2008; Santos et al., 2014; Sherwood et al., 2005; Sirari et al., 2014; Son et al., 2007; Song et al., 1997; Springate & Tremont, 2011; Thompson et al., 1990; Thunyadee et al., 2015; Whitlatch et al., 1997; Yoon, 2003; Dias, 2011; Zincir et al., 2014).

MÉTODO

Tipo de estudo e delineamento

O presente estudo consistiu em uma Pesquisa de Levantamento. Foi utilizado o delineamento mais simples, dentre os adotados neste tipo de pesquisa, definido como aquele que visa a descrever a distribuição das variáveis de uma população-alvo e as relações entre elas da forma como ocorrem naturalmente (Selltiz et al., 1987). Neste estudo, foi realizada a descrição dos níveis de sobrecarga subjetiva e de sintomatologia depressiva de familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas.

Foi, também, utilizado o delineamento de Comparação com Grupo Estático, que constitui um dos delineamentos utilizados em Pesquisa de Levantamento. Nesse delineamento, comparam-se grupos naturais sem haver a distribuição aleatória dos sujeitos aos grupos, diferentemente do que ocorre nas pesquisas verdadeiramente experimentais. Os grupos são comparados quanto às características sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos sujeitos (Selltiz et al., 1987).

Esta pesquisa pode ser classificada, também, como um estudo do tipo correlacional; ou seja, que investiga a relação entre variáveis naturais, sem a manipulação experimental (Contandriopoulos, Champagne, Pontvin, Denis, & Boyle, 1994; Selltiz et al., 1987). No presente estudo, foi investigada, principalmente, a relação entre os níveis de sobrecarga subjetiva e de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de dependentes de álcool e outras drogas.

Trata-se, ainda, de uma pesquisa avaliativa do tipo somativa, definida por Selltiz et al. (1987) como aquela que avalia os resultados de um serviço, programa ou intervenção. Um dos efeitos esperados das intervenções de um serviço eficaz de saúde mental é a diminuição dos sentimentos de sobrecarga e da sintomatologia depressiva apresentada pelos familiares cuidadores de dependentes de substâncias psicoativas.

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos serviços de saúde mantidos pela Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos (APADEQ) na cidade de São João del-Rei. A APADEQ consiste em uma união de pessoas, sem fins lucrativos ou conotações política e religiosa, de caráter assistencial e filantrópico. Tem como objetivo principal a promoção

de atenção e cuidado aos dependentes de álcool e outras drogas e seus familiares, visando à sua reabilitação e reinserção social. A APADEQ foi fundada em fevereiro de 1988, com sede em São João del-Rei, no estado de Minas Gerais. Está inscrita no Conselho Nacional de Assistência Social (processo 23002.001244/90-70, de 09/05/1990), certificada como Entidade de Fins Filantrópicos – CEFF (processo 28984.012082/93-28, de 7/04/1997), e registrada no Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei e na Secretaria de Estado do Trabalho, da Assistência Social, da Criança e do Adolescente de Minas Gerais (SETASCAD). É, também, considerada entidade de Utilidade Pública nos âmbitos municipal (Lei 2.397, de 7/04/1988), estadual (Lei 10.530, de 22/11/1991) e federal (Processo MJ 6.281/91-17, Decreto de 19/11/1992), além de encontrar-se cadastrada no sistema de convênios (SISCONV) desde 28 de abril de 2009. A APADEQ desenvolve ações de prevenção por meio de palestras em empresas, escolas, instituições de saúde, órgãos colegiados e outros.

A APADEQ fundou, em 1998, o Centro para Tratamento de Dependência Química, denominado Vila Esperança, que oferece dois tipos de serviços de atendimento aos dependentes e seus familiares. O primeiro consiste no Tratamento Residencial para pessoas com dependência de álcool e outras drogas, que inclui internação voluntária e Programa de Pós-internação. Esse serviço possui algumas características similares às de uma comunidade terapêutica. O Tratamento Residencial oferece serviço de internação a, aproximadamente, 28 residentes e o período de internação dura, em média, 60 dias. Estima-se que, a cada mês, 16 novos pacientes sejam internados. O tratamento é baseado no Modelo Minnesota, que alia a proposta dos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos a diversas técnicas da Psicologia, tendo como objetivos finais a abstinência total e uma reformulação do estilo de vida. Dentre as atividades desenvolvidas em grupo, destacam-se os Grupos de Tarefa, Resumo dos Eventos Significativos, dinâmicas e palestras, sendo realizado, também, o acompanhamento individual dos residentes. Após receber alta da internação, o paciente ingressa no Programa de Pós-internação, que, por mês, atende de 30 a 50 pacientes. Nessa etapa, o ex-residente deve comparecer ao centro, inicialmente, uma vez por semana, depois quinzenalmente, e, por fim, mensalmente, até que complete um ano no Programa e receba alta da Pós-internação. O Tratamento Residencial oferece assistência aos familiares dos residentes internados no centro, por meio do Programa Familiar, atividade que ocorre aos sábados e conta com uma programação específica com palestras e atividades em grupo com pacientes e familiares, coordenadas pelos profissionais do serviço. A equipe é composta por um psicólogo, um médico psiquiatra, um médico clínico

geral, dois técnicos de enfermagem, dois monitores e quatro conselheiros em dependência de substâncias psicoativas.

O segundo serviço oferecido na Vila Esperança consiste na modalidade de Tratamento Ambulatorial tanto para os usuários de álcool e outras drogas quanto para os familiares. Quanto aos usuários, o Tratamento Ambulatorial oferece atendimentos individuais para: 1) dependentes e usuários de substâncias, cuja gravidade do quadro não requer internação ou que não apresentam motivação para tal; e 2) dependentes que esperam vaga para a internação. Nessa modalidade, a abstinência do uso de substâncias não é obrigatória, trabalhando-se, também, com uma abordagem de redução de danos. Para os familiares, são oferecidos atendimentos individuais, cuja frequência depende da gravidade dos casos, e um grupo de orientação semanal. O Setor de Tratamento Ambulatorial possui uma unidade de tratamento na cidade de São João del-Rei e uma unidade em Barbacena, em funcionamento desde 2004 e 2005, respectivamente. Ambas as unidades contam com uma equipe de dois psicólogos cada, e atendem a, aproximadamente, 50 pacientes por mês.

A escolha do local de realização da pesquisa foi motivada pela relevância social do trabalho que os serviços de saúde mantidos pela APADEQ vêm desenvolvendo junto às pessoas com dependência de substâncias psicoativas e suas famílias. Estes serviços se consolidaram como uma referência de tratamento em São João del-Rei, tendo em vista a escassez de outros serviços de atenção especializada e o fato de que, até outubro de 2015, a cidade não possuía um CAPSad. Além disso, diante do reconhecimento dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais as comunidades terapêuticas, como um dos tipos de serviço que compõem a RAPS, a partir da Portaria 3.088, de 2011 (Brasil, 2011a), tornam-se ainda mais necessárias pesquisas que avaliem, a partir de indicadores diretos ou indiretos, a qualidade desses serviços e de serviços similares.

População-alvo

A população-alvo da presente pesquisa foi constituída pelos familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e drogas ilícitas, que estavam em tratamento ou haviam sido atendidas nos serviços de saúde mantidos pela APADEQ, em São João del-Rei, no período de abril a outubro de 2016. Os critérios de inclusão foram: 1) ambos os sexos; 2) idade igual ou superior a 18 anos; 3) residir com o paciente; 4) ser indicado pelo serviço como seu principal cuidador; 5) os pacientes, sob cuidado dos familiares, terem sido diagnosticados para “Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso

Substâncias Psicoativas – Síndrome de Dependência” (F10.2-F19.2) de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (OMS, 1998). Para fins de padronização, foram selecionados somente os casos de dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas ilícitas. Foram utilizadas as hipóteses diagnósticas que constavam nos prontuários dos pacientes, resultantes da avaliação dos profissionais do serviço (psicólogos e psiquiatra) nas entrevistas de admissão. Os critérios de exclusão foram: 1) familiares, cujos pacientes estivessem internados na ocasião da entrevista ou nos últimos 15 dias que a antecederam; 2) se recusar a participar ou não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e 3) apresentar dificuldades em compreender e responder às questões dos instrumentos de medida utilizados conforme a avaliação do entrevistador por meio da Técnica de Sondagem (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993). Essa técnica consiste em solicitar ao sujeito que justifique sua resposta a cada um dos itens da escala, indicando se ele compreendeu a questão. No total, a população-alvo foi composta por 100 familiares que atendiam aos critérios de inclusão previamente definidos.

Amostra

Foi selecionada uma amostra não probabilística, do subtipo acidental, na qual são selecionados os sujeitos que estiverem disponíveis num determinado local e momento (Contandriopoulos et al., 1994), no caso, o serviço estudado, no período citado anteriormente. Nesse período de coleta de dados, foram entrevistados todos os familiares que preenchiam os critérios adotados, que tinham disponibilidade para serem entrevistados na ocasião em que foram contatados e que aceitaram participar da pesquisa. Dos 100 familiares identificados, nove não puderam ser contatados, porque os seus números de telefone estavam errados ou porque as pessoas não atenderam às ligações. Dos 91 sujeitos contatados, 18 recusaram participar da entrevista e 20 não tinham disponibilidade para se deslocar para a realização das entrevistas devido à distância das cidades onde residiam. Além destes, três familiares só teriam disponibilidade para participar da entrevista após o prazo estipulado para o encerramento da coleta de dados. Foram entrevistados, portanto, 50 familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a recomendação de Miot (2011). Segundo Miot (2011), o cálculo amostral para estudos que envolvam investigar a relação entre

variáveis quantitativas (correlação e análise de regressão), caso da presente pesquisa, é definido pela seguinte fórmula:

$$n = 4 + \left(\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})}{0,5 \cdot \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right)^2$$

em que n é o tamanho da amostra, $Z_{\alpha/2}$ é o valor obtido da distribuição normal, após fixar a probabilidade de erro tipo I (α), usualmente: 1,96 ($\alpha = 5\%$), Z_{β} é o valor obtido da distribuição normal, após fixar o poder da amostra ($1-\beta$), usualmente: 1,64 ($\beta = 0,05$, implicando em um poder de 95%), \ln é o logaritmo natural e r é o coeficiente de correlação linear (Pearson ou Spearman). Em particular, foi fixado $r = 0,5$ devido à hipótese da pesquisa de que haverá uma correlação positiva entre o grau de sobrecarga subjetiva e o nível de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. O valor de r foi fixado com base nos resultados do estudo de Li et al. (2013) e em estudos com outros tipos de pacientes (Chung et al., 2010; Clyburn et al., 2000; Coteló et al., 2015; Guedes & Pereira, 2013; Hooley et al., 2005; Magaña et al., 2007; Mendéz et al., 2010; Oldridge & Hughes, 1992; Pinquart & Sörensen, 2003; Pirraglia et al., 2005; Raveis et al., 1998; Rhee et al., 2008; Santos et al., 2014; Sherwood et al., 2005; Sirari et al., 2014; Son et al., 2007; Song et al., 1997; Springate & Tremont, 2011; Thompson et al., 1990; Thunyadee et al., 2015; Whitlatch et al., 1997; Yoon, 2003; Dias, 2011; Zincir et al., 2014).

Segue o cálculo efetivo da amostra:

$$n = 4 + \left(\frac{(1,96 + 1,64)}{0,5 \cdot \ln\left(\frac{1+0,5}{1-0,5}\right)} \right)^2 \cong 47$$

Foram entrevistados, assim, 50 sujeitos, o que garante um poder de amostra de 95%.

Instrumentos de medida

Foram utilizados três instrumentos, sendo duas escalas de medida e um questionário sociodemográfico e clínico. A primeira escala visa a avaliar o grau de sobrecarga subjetiva dos familiares e a segunda, o nível de sintomatologia depressiva. O questionário tem como objetivo avaliar as variáveis sociodemográficas dos familiares e pacientes, bem como as características clínicas dos pacientes. Esses instrumentos serão descritos a seguir.

Escala *Burden Interview* (BI): esta escala, elaborada por Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980), consiste em um instrumento de avaliação unifatorial da sobrecarga subjetiva dos cuidadores informais, tendo sido adaptada e validada para o Brasil por Sczufca (2002). Posteriormente, foi feita uma nova validação da escala por Taub, Andreoli e Bertolucci (2004). Possui 22 itens que avaliam os seguintes aspectos da vida do familiar cuidador: saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relações interpessoais. As opções de resposta indicam ao respondente a frequência com que as situações descritas em cada item ocorrem e estão dispostas em uma escala tipo Likert de cinco pontos, sendo: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente e 4 = sempre. O último item da escala refere-se ao quanto o familiar se sente sobrecarregado devido ao seu papel de cuidador, e as opções de resposta estão dispostas, também, em uma escala tipo Likert de cinco pontos, sendo: 0 = nem um pouco; 1 = um pouco; 2 = moderadamente; 3 = muito e 4 = extremamente. O grau de sobrecarga é avaliado pelo escore global da escala, obtido por meio da soma dos escores de cada item. O escore global varia de 0 a 88, com maiores escores indicando maior grau de sobrecarga, e permite a classificação do grau de sobrecarga em categorias: mínima ou ausente (0 - 20), leve a moderada (21 - 40), moderada a grave (41 - 60) e grave (61 - 88) (Adewuya, Owoeye, & Erinfolami, 2011).

A BI foi construída para ser uma escala autoaplicada, mas pode ser, também, aplicada por um entrevistador. As instruções para utilização da escala devem ser lidas antes de sua aplicação. No caso de ser aplicada por um entrevistador, deve-se ler em voz alta cada item da escala e pedir ao respondente que indique a resposta correta. Sugere-se ao entrevistador que confeccione um cartão de respostas com letras e números grandes, referentes às opções de resposta, para auxiliar o respondente (Sczufca, 2002).

A primeira validação da escala, realizada por Sczufca (2002), demonstrou que a BI é um instrumento válido e fidedigno para medir a sobrecarga de familiares cuidadores. A

consistência interna foi analisada por meio da correlação interitens da escala ($r = 0,13$ a $0,66$), da correlação item-total ($r = 0,18$ a $0,68$) e do coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbah* ($0,87$). A validade convergente da escala foi avaliada verificando-se a sua correlação com outras escalas que avaliam construtos relacionados teoricamente: a *Behavioral and Mood Disturbance Scale* (BMD) e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A BMD consiste em uma escala de 34 itens utilizada para avaliar a percepção do familiar cuidador acerca das perturbações comportamentais e de humor do paciente. O SRQ-20 possui 20 itens e consiste em um instrumento de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns. Observou-se uma correlação estatisticamente significativa da BI com a BMD ($r = 0,54$; $p = 0,001$) e da BI com o SRQ-20 ($r = 0,37$; $p = 0,001$). Compararam-se, também, as médias dos escores totais da BI entre grupos de cuidadores que obtiveram escores inferiores e superiores a 8 (ponto de corte adotado no estudo) no SRQ-20, tendo sido encontrada uma média de sobrecarga significativamente maior entre os cuidadores com escores acima de 8 ($t = 2,4$; $df = 80$, $p = 0,02$; C.I. $1,3 - 16,3$) (Sczufca, 2002). Foi realizada, ainda, uma análise correlacional entre a BI e a Escala de Sobrecarga de Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR), que avalia o mesmo construto. A FBIS-BR foi adaptada para o Brasil por Bandeira, Calzavara e Varella (2005) e validada por Bandeira, Calzavara e Castro (2008), e possui cinco subescalas que avaliam as sobrecargas objetiva e subjetiva dos familiares. As correlações entre o escore global da BI e os escores globais de sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva da FBIS-BR foram significativas, obtendo-se coeficientes de correlação de $0,67$ e $0,47$ ($p < 0,01$), respectivamente (Bandeira et al., 2008). Além disso, no estudo de Taub et al. (2004), foram encontrados indicadores adequados de estabilidade temporal pelo método de teste-reteste ($r = 0,88$; $p < 0,05$). Constataram-se, também, indicadores adequados de consistência interna tanto no teste (*Alfa de Cronbah* = $0,77$) quanto no reteste (*Alfa de Cronbah* = $0,80$).

Inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição (BDI-II): esta escala foi elaborada por Beck, Steer e Brown (1996) como um instrumento de rastreamento para avaliar a presença e a intensidade de sintomas depressivos em pacientes psiquiátricos e na população geral, tendo sido adaptada e validada para o contexto brasileiro por Gorenstein, Wang, Argimon e Werlang (2014). O BDI-II consiste em uma atualização da versão original da escala (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), a qual foi reformulada para refletir os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 2002) para um Episódio Depressivo Maior. A escala é composta por 21 itens, que avaliam

comportamentos e atitudes, distribuídos em duas subescalas ou fatores, denominados de Cognitivo-Afetivo e Somato-Afetivo. A subescala Cognitivo-Afetivo avalia os sentimentos de tristeza, pessimismo, fracasso passado, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autoestima, autocrítica, pensamentos ou desejos suicidas, perda de interesse e desvalorização. A subescala Somato-Afetivo avalia os sentimentos de falta de energia, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldade de concentração e cansaço ou fadiga. Os itens referentes a choro, agitação, indecisão e perda de interesse por sexo não estão incluídos em nenhum dos fatores. Essa estrutura foi obtida por meio de um estudo de validação fatorial do BDI-II, utilizando-se o exame dos autovalores, a inspeção do gráfico *scree plot* e a análise fatorial pelo método dos Eixos Principais com rotação oblíqua Promax, na qual a solução fatorial explicou entre 32,03 e 40,13% da variância total dos dados (Gorenstein et al., 2014). Cada item possui quatro opções de resposta, dispostas em uma escala tipo Likert de quatro pontos, que variam de 0 a 3, indicando os graus de intensidade desses sintomas e atitudes. O escore global é obtido por meio da soma dos escores individuais de cada item e pode variar de 0 a 63, permitindo a classificação de níveis de intensidade de sintomatologia depressiva: mínima ou ausente (0 - 13), leve (14 - 19), moderada (20 - 28) e grave (29 - 63) (Gorenstein et al., 2014).

A escala foi desenvolvida para ser autoaplicada, mas pode ser administrada oralmente por um entrevistador quando este presume que o respondente necessita de ajuda ou encontra-se impossibilitado de assinalar suas respostas. Sugere-se que o instrumento seja aplicado após a leitura das instruções específicas em um ambiente tranquilo e com iluminação adequada. O entrevistador é orientado, também, a verificar se todas as respostas estão corretamente assinaladas em todos os itens. Na versão em português, as respostas devem se referir à forma como o respondente tem se sentido nos últimos 15 dias anteriores à entrevista, incluindo o dia de realização desta.

O estudo de validação da versão em português do BDI-II obteve bons indicadores de fidedignidade e validade. Na amostra não clínica, ou seja, de pessoas da comunidade sem diagnóstico de depressão, a análise da consistência interna obteve um *Alfa de Cronbach* de 0,89. Quanto à estabilidade temporal, foi calculado o coeficiente de correlação intraclasse (CIC) com os resultados obtidos nas etapas teste-reteste, com um intervalo médio de 15 dias. O instrumento apresentou boa estabilidade temporal, com coeficiente CIC de 0,89 (Gorenstein et al., 2014).

O BDI-II apresentou validade de critério, demonstrada por meio dos indicadores de sensibilidade e especificidade, adotando-se como padrão-ouro a Entrevista Clínica

Estruturada para Transtornos do Eixo I dos DSM-IV (SCID-I), realizada por psiquiatras clínicos treinados. O BDI-II mostrou uma sensibilidade de 70% dos casos e especificidade de 84,4% dos casos. Tomando-se, também, a SCID-I como critério discriminativo, o BDI-II apresentou validade discriminante, com uma capacidade discriminativa global de 65,4% para os casos da amostra classificados corretamente. O BDI-II apresentou, também, validade convergente com o SRQ-20, a Escala Breve K 10 – instrumento de rastreamento de sofrimento psicológico inespecífico –, e a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A). Constatou-se um coeficiente de correlação entre 0,66 e 0,89 com o SRQ-20, entre -0,63 e -0,93 com a K 10, e de 0,66 com a HAM-A. O BDI-II correlacionou-se, também, com a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS), que avalia o mesmo construto, tendo sido obtido um coeficiente de correlação de 0,75 (Gorenstein et al., 2014).

Embora o BDI-II tenha sido reformulado para refletir sintomas depressivos de acordo com o DSM-IV, os autores alertam que não se trata de um instrumento para especificar um diagnóstico clínico. O estabelecimento de um diagnóstico de depressão requer a avaliação de um clínico após uma entrevista clínica completa (Gorenstein et al., 2014).

Questionário sociodemográfico: foi utilizado um questionário para avaliar as variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos familiares e dos pacientes, tais como idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, forma de coabitação de familiares e pacientes, tempo que o familiar cuida do paciente e presença de crianças ou outras pessoas doentes na casa, dentre outras. Além disso, foram coletados, também, dados referentes às características clínicas dos pacientes, como a(s) droga(s) de uso, duração da doença, número e duração de internações ou outros tratamentos, comorbidades e tipo de medicação utilizada, dentre outros.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por duas estagiárias de pesquisa do curso de graduação em Psicologia da UFSJ previamente treinadas. O treinamento das estagiárias ocorreu em três etapas. Na primeira etapa, foram realizados grupos de discussão sobre textos referentes ao tema da pesquisa e os instrumentos utilizados para a coleta de dados. Na segunda etapa, as estagiárias foram treinadas a aplicar os instrumentos de medida, a fim de padronizar as entrevistas. O treinamento consistiu em entrevistas com

peças que não participaram da pesquisa, de modo a levar as estagiárias a se familiarizarem com a aplicação dos instrumentos de medida. Na terceira etapa, foi realizado um estudo piloto com 10% da amostra (N = 6), a fim de verificar a necessidade de ajustes ou reformulações nos instrumentos de medida ou no formato das entrevistas. Nessa etapa, a pesquisadora foi a campo com cada estagiária para acompanhar a aplicação dos instrumentos, com a finalidade de garantir a qualidade e a padronização do procedimento de coleta de dados.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas estruturadas individuais, realizadas no serviço de saúde da APADEQ, no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ ou na residência do familiar, agendadas previamente, conforme preferência e disponibilidade dos familiares. Para o agendamento das entrevistas, os familiares foram contatados por telefone pela pesquisadora responsável e pelas estagiárias de pesquisa.

A ordem adotada para a aplicação dos instrumentos de medida foi, primeiramente, a escala BDI-II, seguida da escala BI e, por último, o questionário sociodemográfico, pois, segundo Günther (1999), a entrevista deve ser iniciada com os instrumentos relacionados à temática de interesse, a qual é apresentada previamente aos participantes da pesquisa. Além disso, informações pessoais devem ser tomadas por último, quando o entrevistador já teve um maior contato com o sujeito e, possivelmente, este já está mais à vontade com o entrevistador. Esse procedimento tem como objetivo diminuir um possível desconforto do entrevistado diante de questões mais sensíveis, presentes no questionário sociodemográfico, como, por exemplo, perguntas sobre salário e nível de escolaridade (Günther, 1999).

A aplicação das duas escalas e do questionário foi feita oralmente, sendo todas as perguntas lidas e as respostas devidamente anotadas pelas entrevistadoras. Para avaliar a compreensão do familiar cuidador em relação aos diversos itens dos instrumentos de medida e a adequabilidade de suas respostas, foi utilizada a Técnica de Sondagem (*Probe Technique*), desenvolvida por Guillemin et al. (1993). Essa técnica consiste em solicitar que os sujeitos justifiquem as suas respostas a cada item da escala. Dessa forma, pretende-se avaliar se cada item foi compreendido de forma adequada pelo entrevistado e evitar que este forneça respostas indiscriminadas.

Análise de dados

As análises estatísticas dos dados foram realizadas utilizando-se o *Software Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Foram feitas as seguintes análises estatísticas, considerando-se o nível de significância $p < 0,05$ (Levin, 1987):

1. Análise da distribuição normal dos dados obtidos a partir das escalas de medida BI e BDI-II, pelo teste Kolmogorov-Smirnov, para identificar se as análises posteriores seriam feitas a partir da estatística paramétrica ou não paramétrica. Foi constatada a normalidade dos dados, sendo realizadas as análises descritas a seguir.
2. Análises de estatística descritiva, com cálculo de médias, desvios-padrão e porcentagens para a descrição da amostra e para analisar os escores globais das escalas BI e BDI-II, e os escores das duas subescalas da BDI-II.
3. Teste Qui-quadrado de Aderência para comparação da porcentagem de casos por categorias de classificação do grau de sobrecarga subjetiva (ausente ou mínima, leve a moderada, moderada a grave e grave) e do nível de sintomatologia depressiva (ausente ou mínima, leve, moderada e grave).
4. Teste *t* de *Student* para amostras pareadas, a fim de verificar se havia diferença estatisticamente significativa entre as subescalas da BDI-II quanto ao grau de sobrecarga subjetiva.
5. Análise correlacional de Pearson para verificar as relações entre os escores globais de sobrecarga subjetiva e de sintomatologia depressiva, e entre o escore global de sobrecarga e os escores de cada subescala da BDI-II.
6. Análise de Variância (ANOVA) com o teste *post hoc* de Tukey para comparação dos níveis de sintomatologia depressiva entre os subgrupos de familiares com diferentes graus de sobrecarga.
7. Para identificar as variáveis que seriam utilizadas nas análises multivariadas posteriores, foram realizadas análises estatísticas univariadas das variáveis sociodemográficas, de

condições de vida e das condições de cuidador dos familiares e das variáveis clínicas, sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes. Foi utilizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes, a fim de comparar as variáveis categóricas, e o teste de correlação de Pearson para as variáveis contínuas.

8. Foram realizados dois tipos de análises multivariadas de regressão linear múltipla. A primeira análise de regressão avaliou os fatores associados à sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o escore global de sintomatologia depressiva medido pela escala BDI-II. As categorias de variáveis independentes foram: 1) variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos familiares; 2) variáveis das condições de cuidador dos familiares; 3) variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes; e 4) variáveis clínicas dos pacientes. Nessas análises, as variáveis independentes foram aquelas identificadas como significativas nas análises univariadas ($p < 0,05$) e as que apresentaram $p \leq 0,25$, segundo recomendações de Hosmer e Lemeshow (2000). Esses autores recomendam que sejam utilizadas as variáveis que apresentarem $p \leq 0,25$, pois elas podem se tornar significativas na análise de regressão. A segunda análise de regressão investigou a importância relativa da sobrecarga subjetiva como preditora da sintomatologia depressiva comparativamente às outras variáveis. Nessa última análise, a variável dependente foi o grau de sintomatologia depressiva e as variáveis independentes foram o grau de sobrecarga e os fatores identificados como preditores da sintomatologia depressiva na primeira análise de regressão.

Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ (CAAE nº 53022116.1.0000.5151) e pela coordenação dos serviços de saúde mantidos pela Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos (APADEQ). A coleta de dados ocorreu de acordo com os parâmetros éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A participação dos familiares foi voluntária e a coleta de dados foi realizada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi apresentado e discutido com cada entrevistado antes da entrevista.

Os familiares foram informados, também, sobre a duração aproximada da entrevista, o caráter confidencial de suas respostas e a possibilidade de interromperem a

entrevista a qualquer momento. Foi garantido que sua participação na pesquisa não ofereceria riscos e não interferiria no tratamento dos pacientes nos serviços oferecidos pela APADEQ. Foi solicitado aos entrevistados que respondessem de maneira sincera às questões apresentadas durante a entrevista, sendo informados de que não havia respostas certas ou erradas. Os participantes foram esclarecidos de que as informações pessoais de todos os participantes seriam mantidas em sigilo e os dados coletados seriam anônimos, sendo divulgados somente os resultados do grupo. Cada entrevistado recebeu um número de telefone de contato do entrevistador, caso desejasse obter informações sobre o andamento da pesquisa ou quisesse esclarecer alguma dúvida.

RESULTADOS

Serão apresentados, primeiramente, os resultados dos testes de normalidade. Em segundo lugar, serão apresentados os resultados das análises estatísticas descritivas das características dos familiares e dos pacientes. Serão também apresentados os escores globais das escalas BI e BDI-II, e das duas subescalas da BDI-II. Serão descritos, posteriormente, os resultados das correlações entre sobrecarga e sintomas depressivos, assim como a comparação de grupos de maior e menor sobrecarga em relação às categorias de sintomatologia depressiva dos familiares. Em seguida, serão descritos os resultados das análises univariadas das variáveis descritivas dos familiares e dos pacientes em relação à sintomatologia depressiva, a fim de identificar as variáveis a serem incluídas nos modelos de regressão linear múltipla. Por fim, serão apresentados os resultados das análises multivariadas dos fatores associados à sintomatologia depressiva dos familiares.

Normalidade da amostra

A fim de determinar se as análises estatísticas seriam feitas a partir de testes paramétricos ou não paramétricos, o escore global da escala BDI-II foi submetido ao teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Segundo esse teste, dados que possuem valor de $p > 0,05$ devem ser analisados por meio de técnicas estatísticas paramétricas. O resultado dessa análise indicou que os dados do escore global da BDI-II apresentaram distribuição normal ($K-S = 0,864$, $p = 0,445$). A partir desses resultados, as análises que se seguem foram realizadas a partir de testes paramétricos. No presente trabalho, o nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 0,05.

Descrição da amostra

Características dos familiares

Variáveis sociodemográficas e de condições de vida: a Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares cuidadores. A média de idade dos familiares foi de 52,22 anos, variando de 25 a 83 anos, e a maioria (84,0%) foi constituída por mulheres. Mais da metade (66,0%) dos entrevistados eram casados ou viviam como casados. Quanto ao parentesco com o paciente, 60,0% dos familiares eram mães ou pais dos pacientes e 32,0% eram cônjuges. A maioria (96,0%) dos

respondentes frequentou a escola. A média de anos de escolaridade foi de 8,85 anos, variando de dois a 25 anos, sendo que 40,0% possuíam o Ensino Fundamental incompleto. Com relação à moradia, a maioria (90,0%) dos familiares residia em zona urbana e na cidade de São João del-Rei (62,0%). Aproximadamente metade (48,0%) dos familiares estava trabalhando na época de realização das entrevistas. Dentre as ocupações citadas, 42,0% eram donas de casa, 36,0% possuíam trabalho diário remunerado e 22,0% eram aposentados. A soma das categorias da variável “Ocupação” excede 100%, pois alguns familiares assinalaram mais de uma opção de ocupação. A maioria (76,0%) dos respondentes possuía renda própria, no valor médio de R\$1.618,29, variando de R\$200,00 a R\$4.500,00, sendo que 38,0% recebiam de um a dois salários mínimos. Quase todos (94,0%) os familiares possuíam filhos, com média de 2,96 filhos, variando de um a dez filhos. Todos os familiares residiam com os pacientes e aproximadamente a metade (44,0%) possuía crianças morando na mesma casa. Quanto às condições de saúde, 44,0% dos respondentes possuíam algum problema de saúde e uma minoria (16,0%) informou que possuía algum transtorno psiquiátrico diagnosticado. Do total de 50 entrevistados, 76,0% possuíam outras preocupações em suas vidas além da necessidade de cuidar do paciente e 40,0% ajudavam a cuidar de algum outro familiar doente. Praticamente, todos os familiares (98,0%) possuíam atividade de lazer dentro de casa como ver TV, ouvir música, ler e navegar na Internet, e a maioria (70,0%) possuía, também, atividades de lazer fora de casa, como frequentar atividades religiosas, fazer exercício físico e sair para passear com a família ou amigos.

Tabela 1

Características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)	Médias (DP)
Idade				52,22 (15,39)
Sexo	Feminino	42	84,0%	
	Masculino	8	16,0%	
Estado civil	Casado/vivendo como casado	33	66,0%	
	Viúvo	9	18,0%	
	Separado/divorciado	6	12,0%	
	Solteiro	2	4,0%	
Parentesco com o paciente	Mãe/pai	30	60,0%	
	Cônjuge	16	32,0%	
	Irmão(a)	2	4,0%	
	Outro	2	4,0%	
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	20	40,0%	

	Ensino Médio completo	10	20,0%
	Ensino Superior completo	8	16,0%
	Ensino Fundamental completo	5	10,0%
	Ensino Médio incompleto	4	8,0%
	Analfabeto	2	4,0%
	Ensino Superior incompleto	1	2,0%
Anos de escolaridade			8,85 (4,92)
Cidade onde reside	São João del-Rei	31	62,0%
	Outras cidades	19	38,0%
Localização da residência	Zona urbana	45	90,0%
	Zona rural	5	10,0%
Trabalha atualmente	Não	26	52,0%
	Sim	24	48,0%
Ocupação	Dona de casa	21	42,0%
	Trabalho diário remunerado	18	36,0%
	Aposentado(a)	11	22,0%
	Pensão	9	18,0%
	Bicos ou atividades esporádicas	5	10,0%
	Desempregado	5	10,0%
	Trabalho remunerado não diário	2	4,0%
	Afastado	1	2,0%
	Está estudando	1	2,0%
Valor da renda (R\$)			1.618,29 (1.043,47)
Valor da renda	De 1 a 2 salários mínimos	19	38,0%
	Não tem renda	12	24,0%
	De 2,1 a 3 salários mínimos	10	20,0%
	Menos de 1 salário mínimo	5	10,0%
	Mais de 4 salários mínimos	3	6,0%
	De 3,1 a 4 salários mínimos	1	2,0%
Possui filhos	Sim	47	94,0%
	Não	3	6,0%
Número de filhos			2,96 (1,97)
Crianças na casa	Não	28	56,0%
	Sim	22	44,0%
Possui problema de saúde	Não	28	56,0%
	Sim	22	44,0%
Possui transtorno psiquiátrico	Não	42	84,0%
	Sim	8	16,0%
Possui outras preocupações	Sim	38	76,0%
	Não	12	24,0%
Cuida de outro familiar doente	Não	30	60,0%
	Sim	20	40,0%
Número de familiares de que cuida			1,21 (0,42)
Possui atividade de lazer dentro de casa	Sim	49	98,0%
	Não	1	2,0%
Possui atividade de lazer fora de casa	Sim	35	70,0%
	Não	15	30,0%

Variáveis das condições de cuidador: A Tabela 2 apresenta as características das condições de cuidador exercida pelos familiares. Os familiares cuidavam dos pacientes, em média, há 9,26 anos e a maioria (64,0%) contava com a ajuda de outras pessoas (de uma a 12 pessoas, com média de 2,44). A maioria dos respondentes relatou ter recebido informações suficientes sobre o problema do paciente (78,0%), tendo apontado os profissionais do serviço (74,0%) e os Grupos de Mútua Ajuda (46,0%) como as principais fontes dessas informações. A maioria dos familiares (88,0%) sentia-se apoiada pelos profissionais do serviço e avaliou a ajuda recebida por esses profissionais como “Muito satisfatória” (74,0%). Quanto à utilização do serviço pelos próprios familiares, somente 4,0% frequentavam alguma das atividades específicas para familiares, na época de realização das entrevistas, e apenas 12,0% já haviam frequentado essas atividades em algum outro período. A maioria dos respondentes (64,0%) também não participava, na época de realização das entrevistas, de qualquer Grupo de Mútua Ajuda ou outros grupos de orientação para familiares. No que se refere ao problema dos pacientes, 80,0% dos familiares acreditavam que os pacientes poderiam controlar seus comportamentos problemáticos, se assim desejassem, e 78,0% não possuíam sentimentos de culpa em relação ao paciente. A maioria dos familiares (56,0%) avaliou seu relacionamento com os pacientes como “Bom” e informou sentir “Muita satisfação” em cuidar do paciente (48,0%). Em contrapartida, a maioria dos familiares (64,0%) já havia se sentido doente devido à tarefa de cuidar do paciente e se sentia triste pelo fato de o paciente apresentar problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (90,0%). Quanto à atitude das pessoas, 62,0% dos familiares percebiam a atitude negativa das pessoas em relação ao paciente e 38,0% percebiam essa atitude em relação a si próprios devido ao vínculo com o paciente.

Tabela 2

Características das condições de cuidador dos familiares, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)	Médias (DP)
Há quanto tempo cuida do paciente (anos)				9,26 (9,01)
Recebe ajuda para cuidar do paciente	Sim	32	64,0%	
	Não	18	36,0%	
Quantas pessoas ajudam a cuidar				2,44 (2,51)
Recebeu informações sobre o problema	Sim	39	78,0%	
	Não	11	22,0%	

De quem recebeu essas informações	Profissionais do serviço	37	74,0%
	Grupo de Mútua Ajuda	23	46,0%
	Profissionais de saúde/saúde mental	10	20,0%
	Vizinhos e amigos	5	10,0%
	Igreja	3	6,0%
	Outro	2	4,0%
Sente apoio do serviço	Sim	44	88,0%
	Não	6	12,0%
Avaliação da ajuda do serviço	Muito satisfatória	37	74,0%
	Satisfatória	9	18,0%
	Insatisfatória	2	4,0%
	Muito insatisfatória	1	2,0%
	Não soube informar	1	2,0%
Frequenta/frequentou o serviço	Nunca frequentou	42	84,0%
	Já frequentou	6	12,0%
	Frequenta	2	4,0%
Tratamento ambulatorial individual do serviço	Nunca frequentou	47	94,0%
	Frequenta ou já frequentou	3	6,0%
Grupo de orientação familiar do serviço	Nunca frequentou	44	88,0%
	Frequenta ou já frequentou	6	12,0%
Frequência ao Grupo de Mútua Ajuda	Não participa	32	64,0%
	Semanalmente	14	28,0%
	Quinzenalmente	2	4,0%
	Mensalmente	2	4,0%
Acredita que o paciente pode controlar seus comportamentos problemáticos	Sim	40	80,0%
	Não	8	16,0%
	Não soube responder	2	4,0%
Avaliação do relacionamento com o paciente	Bom	28	56,0%
	Muito bom	15	30,0%
	Ruim	4	8,0%
	Muito ruim	3	6,0%
Sente satisfação em cuidar do paciente	Muita satisfação	24	48,0%
	Um pouco de satisfação	16	32,0%
	Nenhuma satisfação	10	20,0%
Já se sentiu doente por cuidar do paciente	Sim	33	66,0%
	Não	17	34,0%
Sente atitude negativa das pessoas em relação ao paciente	Sim	31	62,0%
	Não	19	38,0%
Sente atitude negativa das pessoas em relação a si	Não	31	62,0%
	Sim	19	38,0%
Sente culpa em relação ao paciente	Não	39	78,0%
	Sim	11	22,0%
Sente-se triste pelo problema do paciente	Sim	45	90,0%
	Não	5	10,0%

Características dos pacientes

Variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes: a Tabela 3 apresenta as características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes. A maioria dos pacientes (90,0%) era do sexo masculino com média de idade de 35,14 anos, variando de 15 a 63 anos. Quanto ao estado civil, 52,0% eram solteiros e 36,0% eram casados ou viviam como casados. Todos os pacientes (100,0%) frequentaram a escola por 8,92 anos, em média, com variação de um a 20 anos de estudo, sendo que 36,0% possuíam Ensino Fundamental incompleto. Metade dos pacientes (50,0%) estava trabalhando na época de realização das entrevistas, 36,0% não possuíam renda própria e 36,0% recebiam de um a dois salários mínimos. O valor médio da renda dos pacientes foi de R\$1.322,63, variando de R\$37,00 a R\$8.000,00. A maioria dos pacientes (70,0%) realizava alguma atividade fora de casa como sair para trabalhar, frequentar o tratamento no serviço ou participar dos Grupos de Mútua Ajuda. Em relação às atividades de lazer, praticamente, todos os pacientes (96,0%) possuíam atividades de lazer dentro de casa, como assistir à TV, jogar videogame e navegar na Internet, e 62,0% possuíam também atividades de lazer fora de casa, como praticar esportes ou exercícios físicos e encontrar com amigos e familiares. Um pouco mais da metade dos pacientes (58,0%) possuíam um quarto individual e 64,0% ajudavam a realizar as tarefas domésticas, como arrumar o próprio quarto, lavar a louça e as próprias roupas, preparar o almoço e contribuir para a limpeza geral da casa.

Tabela 3

Características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)	Médias (DP)
Idade				35,14 (11,18)
Sexo	Masculino	45	90,0%	
	Feminino	5	10,0%	
Estado civil	Solteiro	26	52,0%	
	Casado/vivendo como casado	18	36,0%	
	Separado/divorciado	6	12,0%	
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	18	36,0%	
	Ensino Médio completo	11	22,0%	
	Ensino Médio incompleto	10	20,0%	
	Ensino Superior incompleto	5	10,0%	
	Ensino Fundamental completo	4	8,0%	
	Ensino Superior completo	2	4,0%	

Anos de escolaridade			8,92 (3,83)
Trabalha atualmente	Sim	25	50,0%
	Não	25	50,0%
Valor da renda (R\$)			1.322,63 (1.624,63)
Valor da renda	Não tem renda	18	36,0%
	De 1 a 2 salários mínimos	18	36,0%
	Menos de 1 salário mínimo	8	16,0%
	De 2,1 a 3 salários mínimos	2	4,0%
	Mais de 4 salários mínimos	2	4,0%
	Não soube informar	2	4,0%
Faz algo fora de casa	Sim	35	70,0%
	Não	15	30,0%
Ajuda nas tarefas domésticas	Sim	32	64,0%
	Não	18	36,0%
Possui atividade de lazer dentro de casa	Sim	48	96,0%
	Não	2	4,0%
Possui atividade de lazer fora de casa	Sim	31	62,0%
	Não	19	38,0%
Possui quarto individual	Sim	29	58,0%
	Não	21	42,0%

Características clínicas dos pacientes: a Tabela 4 apresenta as características clínicas dos pacientes. Todos os 50 pacientes possuíam diagnóstico da categoria de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, com especificador para síndrome de dependência (F10.2 a F19.2). A classificação diagnóstica mais frequente foi F19.2 (52,0%), referente à dependência de múltiplas substâncias, seguida por F10.2 (30,0%), referente à dependência de álcool. As substâncias psicoativas mais consumidas foram o álcool (88,0%), o tabaco (56,0%) e a cocaína (52,0%). Os pacientes utilizavam 2,56 tipos de substâncias psicoativas, em média, variando de um a seis tipos de substância. Em relação à presença de outros problemas além da dependência de álcool e outras drogas, somente uma minoria dos pacientes possuía alguma comorbidade psiquiátrica (12,0%) ou doença física (18,0%). Quanto à utilização do serviço, a maior parte dos pacientes realizava tratamento na modalidade residencial, sendo que 62,0% frequentavam ou haviam frequentado a Pós-internação e apenas 12,0% haviam abandonado o tratamento durante a Internação. Na época de realização das entrevistas, aproximadamente metade dos pacientes (44,0%) não se encontrava mais em tratamento, seja por motivo de alta, abandono ou desligamento do tratamento. Além do tratamento oferecido no serviço, 42,0% dos pacientes realizavam, em média, outros 1,41 tipos de

tratamentos, com variação de um a três tipos, sendo os Grupos de Mútua Ajuda (42,0%) a modalidade de acompanhamento mais citada.

Os pacientes tinham, em média, 20,74 anos quando o uso de álcool e outras drogas começou a se tornar problemático, variando de 12 a 48 anos de idade. A duração do problema variou de 0,17 a 44 anos, com uma média de 14,04 anos. Os pacientes faziam tratamento há 5,58 anos, em média, com variação de 0,08 a 27 anos de duração, sendo os tratamentos realizados de maneira irregular e intermitente na maioria dos casos. No serviço onde foram realizadas as entrevistas, a duração média do tratamento foi de 5,29 meses, variando de 0,23 a 18 meses. Aproximadamente metade dos pacientes (56,0%) já havia realizado de um a dez tratamentos anteriormente, com uma média de 3,07 tratamentos, e 54,0% já haviam sido internados 2,85 vezes, em média, com variação de uma a dez internações. A maioria dos pacientes (68,0%) estava fazendo tratamento no atual serviço pela primeira vez, enquanto 28,0% e 4,0% já haviam passado pelo serviço nas modalidades de tratamento residencial e ambulatorial, respectivamente. Na época de realização das entrevistas, mais da metade dos pacientes estavam abstinentes (62,0%) por um período médio de 5,72 meses, variando de 0,17 a 14 meses de abstinência. Quanto ao histórico de recaídas, anterior ao tratamento no atual serviço, grande parte dos pacientes (62,0%) já havia conseguido manter a abstinência por algum período de tempo, seja por conta própria ou devido a algum tratamento, mas acabaram recaído.

Tabela 4

Características clínicas dos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagens (%)	Médias (DP)
CID F10.2 - F19.2 (Transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas – síndrome de dependência)	F19.2 - Múltiplas substâncias	26	52,0%	
	F10.2 - Álcool	15	30,0%	
	F14.2 - Cocaína	8	16,0%	
	F12.2 - Canabinoides	1	2,0%	
Substância utilizada	Álcool	44	88,0%	
	Tabaco	28	56,0%	
	Cocaína	26	52,0%	
	Maconha	17	34,0%	
	Crack	10	20,0%	
	Sedativos	2	4,0%	
	Outras	1	2,0%	
Número de substâncias				2,56 (1,26)
Comorbidade	Não	44	88,0%	
	Sim	6	12,0%	
Doença física	Não	41	82,0%	

	Sim	9	18,0%
Tipo de tratamento no serviço	Pós-internação	31	62,0%
	Ambulatorial	13	26,0%
	Internação	6	12,0%
Em tratamento no serviço	Sim	28	56,0%
	Não	22	44,0%
Faz algum outro tratamento	Não	26	52,0%
	Sim	24	48,0%
Outro tratamento	Grupo de Mútua Ajuda	21	42,0%
	Medicamentoso	12	24,0%
	Psicológico	2	4,0%
	Outros	2	4,0%
Número de tratamentos atuais			1,41 (0,57)
Idade de início do problema			20,74 (7,46)
Duração do problema (anos)			14,04 (10,40)
Tempo de tratamento (anos)			5,58 (7,37)
Tempo de tratamento no serviço (meses)			5,29 (4,22)
Tratamentos anteriores	Sim	28	56,0%
	Não	22	44,0%
Número de tratamentos anteriores			3,07 (2,46)
Tratamento anterior no serviço	Nenhum	34	68,0%
	Residencial	14	28,0%
	Ambulatorial	2	4,0%
Já ficou internado	Sim	27	54,0%
	Não	23	46,0%
Número de internações			2,85 (2,55)
Está abstinente	Sim	31	62,0%
	Não	18	36,0%
	Não soube informar	1	2,0%
Tempo de abstinência (meses)			5,72 (4,39)
Histórico de recaídas	Sim	31	62,0%
	Não	15	30,0%
	Não soube informar	4	8,0%
Número de recaídas			4,59 (4,32)

Comportamentos problemáticos dos pacientes: as Tabelas 5 e 6 apresentam, respectivamente, os comportamentos problemáticos atuais dos pacientes (que eles apresentavam na época de realização das entrevistas) e os anteriores (que já apresentaram em determinado momento anterior à época das entrevistas). Essa distinção foi necessária devido ao fato de que, na época de realização das entrevistas, muitos pacientes já estavam

abstinentes e em recuperação por um período de tempo considerável e, portanto, não apresentavam mais alguns comportamentos problemáticos que perturbavam os familiares. Os dados da Tabela 5 mostram que, dentre os comportamentos problemáticos atuais, o que ocorria com maior frequência era agitação/ansiedade (66,0%), seguida por dependência (58,0%), irritabilidade (56,0%) e oscilações de humor (50,0%). Destacam-se, também, os comportamentos de não ajudar nas tarefas domésticas e ficar à toa em casa, ambos com 46,0% de ocorrência, assim como as crises de nervo, pedir atenção demais e consumir álcool ou outras drogas, todos com 42,0% de ocorrência. O número médio de comportamentos problemáticos atuais apresentados pelos pacientes foi de 8,32, variando de 0 a 22 comportamentos. Os familiares também mencionaram outros comportamentos problemáticos dos pacientes (34,0%), tais como desorganização, negação do problema, comportamentos manipuladores, andar com más companhias e não aceitar ajuda.

Tabela 5

Comportamentos problemáticos atuais apresentados pelos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

Comportamentos	Frequência (n)	Porcentagens (%)	Médias (DP)
Agitação/ansiedade	33	66,0%	
É muito dependente	29	58,0%	
Irritabilidade	28	56,0%	
Oscilações de humor	25	50,0%	
Não ajuda nas tarefas domésticas	23	46,0%	
Fica à toa em casa	23	46,0%	
Crises de nervo	21	42,0%	
Pede atenção demais	21	42,0%	
Álcool e outras drogas	21	42,0%	
Fica sem energia/deprimido	21	42,0%	
Mentiras/desonestidade	20	40,0%	
Gasta muito dinheiro/descontrole financeiro	19	38,0%	
Ameaças/agressões verbais	18	36,0%	
Fuma demais	17	34,0%	
Outros comportamentos problemáticos	17	34,0%	
Recusa o remédio	10	20,0%	
Falta de higiene	10	20,0%	
Foge para a rua	10	20,0%	
Pede dinheiro/comida na rua	9	18,0%	
Problemas de sexualidade	7	14,0%	
Quebra objetos	7	14,0%	

Rouba	7	14,0%
Fala sozinho	6	12,0%
Agressividade física	5	10,0%
Tira a roupa	1	2,0%
Número de comportamentos problemáticos		8,32 (6,54)

A Tabela 6 apresenta os comportamentos problemáticos que já haviam sido apresentados pelos pacientes em outros momentos anteriores, mas que não estavam mais ocorrendo na época de realização da entrevista. Os comportamentos problemáticos mais citados pelos familiares foram: o consumo de álcool e outras drogas (54,0%), seguido por mentiras/desonestidade (48,0%), gastar muito dinheiro/descontrole financeiro (44,0%) e ameaças/agressões verbais (40,0%). Tiveram também alta ocorrência os comportamentos de ficar sem energia/deprimido (38,0%), fugir para a rua (36,0%), irritabilidade e quebrar objetos, ambos com 34,0% de ocorrência, e falta de higiene (30,0%). Os pacientes apresentaram um número médio de 6,52 comportamentos problemáticos anteriores, com variação de 0 a 19 comportamentos. Outros comportamentos problemáticos dos pacientes (22,0%) foram citados pelos familiares, como, por exemplo, “sumir” à noite toda ou até por vários dias, dormir na rua, dirigir sob efeito de álcool ou outras drogas, sofrer acidentes, chegar machucado e não ser presente como pai ou marido.

Tabela 6

Comportamentos problemáticos anteriores apresentados pelos pacientes, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

Comportamentos	Frequência (n)	Porcentagens (%)	Médias (DP)
Álcool e outras drogas	27	54,0%	
Mentiras/desonestidade	24	48,0%	
Gasta muito dinheiro/descontrole financeiro	22	44,0%	
Ameaças/agressões verbais	20	40,0%	
Fica sem energia/deprimido	19	38,0%	
Foge para a rua	18	36,0%	
Irritabilidade	17	34,0%	
Quebra objetos	17	34,0%	
Falta de higiene	15	30,0%	
Agressividade física	14	28,0%	
Agitação/ansiedade	13	26,0%	
Fuma demais	12	24,0%	

Fala sozinho	12	24,0%
Fica à toa em casa	12	24,0%
Crises de nervo	11	22,0%
Outros comportamentos problemáticos	11	22,0%
Problemas de sexualidade	9	18,0%
Oscilações de humor	9	18,0%
É muito dependente	8	16,0%
Rouba	8	16,0%
Pede atenção demais	7	14,0%
Pede dinheiro/comida na rua	6	12,0%
Não ajuda nas tarefas de casa	5	10,0%
Recusa o remédio	4	8,0%
Tira a roupa	4	8,0%
Número de comportamentos problemáticos		6,52 (6,07)

Descrição da sobrecarga subjetiva

Serão apresentados a seguir os resultados do grau de sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores. Serão descritos, primeiramente, o escore global de sobrecarga subjetiva e as porcentagens de familiares com menor ou maior sobrecarga de acordo com as categorias de classificação dos escores da escala BI. Em seguida, serão expostos os resultados da BI para cada item da escala.

Sobrecarga subjetiva global e categorias de classificação

A Tabela 7 apresenta o escore global de sobrecarga subjetiva dos familiares e as porcentagens de casos de sobrecarga subjetiva leve, leve a moderada, moderada a grave e grave, conforme as categorias de classificação da escala BI. O escore global de sobrecarga subjetiva foi de 34,80, em uma faixa que varia de 0 a 88. O escore mínimo obtido nesta amostra foi 0 e o máximo 76. Quanto à porcentagem de casos em cada categoria de classificação da sobrecarga subjetiva, 28,0% dos familiares cuidadores apresentaram sobrecarga mínima ou ausente, 36,0% apresentaram um grau de sobrecarga de leve a moderada, 26,0% de moderada a grave e 10,0% apresentaram sobrecarga grave. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as porcentagens de casos nas diferentes categorias de classificação (Qui-quadrado = 7,12; $p = 0,068$).

Tabela 7

Escore global e classificação da sobrecarga subjetiva avaliada pela escala BI, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

BI	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média (DP)	<i>p</i>
Escore Global				34,80 (19,94)	
Classificação da sobrecarga subjetiva	Mínima ou ausente (0-20)	14	28,0%		0,068 ^a
	Leve a moderada (21-40)	18	36,0%		
	Moderada a grave (41-60)	13	26,0%		
	Grave (61-88)	5	10,0%		

Nota: foi realizada a comparação das porcentagens de casos por categorias de classificação da sobrecarga por meio do Teste Qui-quadrado de Aderência.

^a Teste Qui-quadrado de Aderência: Qui-quadrado = 7,12; gl = 3; nível de significância = 0,05.

Sobrecarga subjetiva por itens da escala

A Tabela 8 apresenta os resultados descritivos dos escores de sobrecarga subjetiva por meio da média e da porcentagem de respostas para cada item da escala BI. Para os dados de porcentagens, as opções de resposta estão dispostas em três categorias: sobrecarga baixa (0 e 1), sobrecarga moderada (2) e sobrecarga elevada (3 e 4). Os itens que apresentaram as maiores porcentagens de respostas na categoria de sobrecarga elevada foram: sentimento de que o paciente depende dele(a) (64,0%); sentimento de receio pelo futuro do paciente (48,0%); sentimento de que o paciente espera que cuide dele, como se fosse a única pessoa de quem pode depender (48,0%); e sentimento de que não tem dinheiro suficiente para cuidar do paciente (48,0%). Quanto à categoria de sobrecarga moderada, os itens com maiores porcentagens referiam-se aos sentimentos de dúvida sobre o que fazer com o paciente (34,0%) e de receio pelo futuro do paciente (32,0%). No que se refere à categoria de sobrecarga leve, os itens que apresentaram maiores porcentagens de respostas foram: não sentir-se à vontade para receber visitas em casa por causa do paciente (76,0%); sentimentos de vergonha em relação aos comportamentos do paciente, de que será incapaz de cuidar do paciente por muito mais tempo e desejo de que outra pessoa pudesse cuidar do paciente, todos com 66,0% de ocorrência; sentimento de irritação (64,0%) e de tensão (60,0%) quando o paciente está por perto; e sentimento de que deveria estar fazendo mais pelo paciente (62,0%). No item 22, que avalia o quanto o familiar se sente sobrecarregado por cuidar do paciente, 52,0% dos familiares responderam *nem um pouco* ou *um pouco* sobrecarregados (0 e 1), 14,0% responderam que se sentiam

moderadamente sobrecarregados (2) e 34,0% se sentiam *muito* ou *extremamente* sobrecarregados (3 e 4) devido às suas tarefas de cuidador.

Tabela 8

Resultados por itens da escala BI, em termos de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

Item	Média (DP)	Opções de resposta		
		0 e 1	2	3 e 4
1. Sente que o paciente pede mais ajuda do que necessita.	1,82 (1,48)	23 (46,0%)	13 (26,0%)	14 (28,0%)
2. Sente que, por causa do tempo que gasta com o paciente, não tem tempo suficiente para si mesmo(a).	1,42 (1,42)	28 (56,0%)	10 (20,0%)	12 (24,0%)
3. Sente-se estressado(a) entre cuidar do paciente e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho.	1,78 (1,49)	20 (40,0%)	14 (28,0%)	16 (32,0%)
4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do paciente.	1,10 (1,43)	33 (66,0%)	8 (16,0%)	9 (18,0%)
5. Sente-se irritado(a) quando o paciente está por perto.	1,10 (1,39)	32 (64,0%)	11 (22,0%)	7 (14,0%)
6. Sente que o paciente afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos.	1,46 (1,42)	27 (54,0%)	12 (24,0%)	11 (22,0%)
7. Sente receio pelo futuro do paciente.	2,48 (1,43)	10 (20,0%)	16 (32,0%)	24 (48,0%)
8. Sente que o paciente depende dele(a).	2,84 (1,42)	9 (18,0%)	9 (18,0%)	32 (64,0%)
9. Sente-se tenso(a) quando o paciente está por perto.	1,24 (1,48)	30 (60,0%)	10 (20,0%)	10 (20,0%)
10. Sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o paciente.	1,94 (1,42)	17 (34,0%)	14 (28,0%)	19 (38,0%)
11. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do paciente.	1,40 (1,54)	27 (54,0%)	12 (24,0%)	11 (22,0%)
12. Sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está cuidando do paciente.	1,30 (1,42)	27 (54,0%)	14 (28,0%)	9 (18,0%)
13. Não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa do paciente.	0,90 (1,46)	38 (76,0%)	2 (4,0%)	10 (20,0%)
14. Sente que o paciente espera que cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem pode depender.	2,14 (1,65)	18 (36,0%)	8 (16,0%)	24 (48,0%)
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do paciente, somando-se as suas outras despesas.	2,20 (1,65)	19 (38,0%)	7 (14,0%)	24 (48,0%)

16. Sente que será incapaz de cuidar do paciente por muito mais tempo.	0,98 (1,39)	33 (66,0%)	8 (16,0%)	9 (18,0%)
17. Sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do paciente.	1,48 (1,58)	27 (54,0%)	10 (20,0%)	13 (26,0%)
18. Gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do paciente.	0,90 (1,36)	33 (66,0%)	10 (20,0%)	7 (14,0%)
19. Sente-se em dúvida sobre o que fazer com o paciente.	1,96 (1,44)	17 (34,0%)	17 (34,0%)	16 (32,0%)
20. Sente que deveria estar fazendo mais pelo paciente.	1,36 (1,60)	31 (62,0%)	6 (12,0%)	13 (26,0%)
21. Sente que poderia cuidar melhor do paciente.	1,34 (1,47)	28 (56,0%)	13 (26,0%)	9 (18,0%)
22. O quanto se sente sobrecarregado(a) por cuidar do paciente.	1,66 (1,36)	26 (52,0%)	7 (14,0%)	17 (34,0%)

Nota: as opções de resposta da escala BI para os itens 1 a 21 são: 0 = *Nunca*; 1 = *Raramente*; 2 = *Algumas vezes*; 3 = *Frequentemente*; 4 = *Sempre*. Para o item 22, as opções de resposta são: 0 = *Nem um pouco*; 1 = *Um pouco*; 2 = *Moderadamente*; 3 = *Muito*; 4 = *Extremamente*.

Descrição da sintomatologia depressiva

Serão apresentados a seguir os resultados do nível de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores. Serão descritos, primeiramente, o escore global e os escores por subescalas do BDI-II, e as porcentagens de familiares com menor ou maior intensidade de sintomatologia depressiva de acordo com as categorias de classificação da escala. Em seguida, serão expostos os resultados do BDI-II para cada item da escala.

Sintomatologia depressiva global, por subescalas, e categorias de classificação

A Tabela 9 apresenta o escore global de sintomatologia depressiva e a comparação dos escores médios entre a subescala A (fator cognitivo-afetivo) e B (fator somato-afetivo) do BDI-II. O escore global de sintomatologia depressiva dos familiares foi de 18,00, numa faixa que varia de 0 a 63, sendo que o escore mínimo foi 0 e o máximo 49. Em relação às subescalas, o escore médio na subescala A foi de 7,38, tendo o escore variado de 0 a 25, e na subescala B, o escore obtido foi de 6,42, com variação de 0 a 18. O resultado da comparação entre as duas subescalas, realizada por meio do teste *t* de *Student* para amostras pareadas, indicou que não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,068$) entre as duas subescalas quanto à média dos escores de sintomatologia depressiva.

A Tabela 9 apresenta, também, as porcentagens de familiares em cada categoria de intensidade da sintomatologia depressiva de acordo com a classificação dos escores do BDI-II. Houve diferença estatisticamente significativa entre as porcentagens de casos nessas categorias ($p \leq 0,05$). Dos 50 familiares entrevistados, 44,0% apresentavam sintomatologia depressiva mínima ou ausente, 16,0% sintomatologia leve, 18,0% sintomatologia moderada e 22,0% sintomatologia depressiva grave.

Tabela 9

Escore global e por subescalas e classificação da sintomatologia depressiva avaliada pela escala BDI-II, em termos frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP)

BDI-II	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média (DP)	P
Escore Global				18,00 (12,86)	
Subescalas	A - Cognitivo-afetivo			7,38 (6,29)	0,068 ^a
	B - Somato-afetivo			6,42 (4,36)	
Classificação da sintomatologia depressiva	Mínima ou ausente (0-13)	22	44,0%		0,019 ^{b*}
	Leve (14-19)	8	16,0%		
	Moderada (20-28)	9	18,0%		
	Grave (29-63)	11	22,0%		

Nota: comparação entre as subescalas da BDI-II por meio do Teste *t* pareado. Comparação das porcentagens de casos por categorias de classificação da sintomatologia depressiva por meio do Teste Qui-quadrado de Aderência.

^a Teste *t* pareado: $t = 1,870$; $gl = 49$. ^b Teste Qui-quadrado de Aderência: Qui-quadrado = 10,00; $gl = 3$; nível de significância = 0,05.

* $p \leq 0,05$.

Sintomatologia depressiva por itens da escala

A Tabela 10 apresenta a descrição da sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores por meio da média e da porcentagem de respostas aos itens da escala BDI-II. As opções de resposta 0 e 1 indicam menor intensidade de sintomatologia depressiva, enquanto as opções 2 e 3 indicam sintomatologia depressiva mais elevada. Para a categoria de sintomatologia mais elevada, os itens com maior porcentagem de ocorrência se referem à indecisão (44,0%), choro (40,0%) e dificuldade de concentração (40,0%). Para a categoria de sintomatologia menos elevada, os itens com maior porcentagem de ocorrência se referem a pensamentos ou desejos suicidas (98,0%), seguidos por pessimismo e sentimentos de culpa, ambos com 92,0% de ocorrência.

Tabela 10

Resultados por itens da Escala BDI-II, em termos de frequências, porcentagens (%), médias e desvios-padrão (DP)

Item	Média (DP)	Alternativas de resposta	
		0 e 1	2 e 3
1. Tristeza	0,74 (0,85)	43 (86,0%)	7 (14,0%)
2. Pessimismo	0,38 (0,86)	46 (92,0%)	4 (8,0%)
3. Fracasso passado	0,76 (1,06)	33 (66,0%)	17 (34,0%)
4. Perda de prazer	1,24 (1,08)	30 (60,0%)	20 (40,0%)
5. Sentimentos de culpa	0,56 (0,64)	46 (92,0%)	4 (8,0%)
6. Sentimentos de punição	0,68 (1,20)	40 (80,0%)	10 (20,0%)
7. Autoestima	0,66 (1,02)	38 (76,0%)	12 (24,0%)
8. Autocrítica	0,74 (0,92)	40 (80,0%)	10 (20,0%)
9. Pensamentos ou desejos suicidas	0,20 (0,45)	49 (98,0%)	1 (2,0%)
10. Choro	1,08 (1,21)	30 (60,0%)	20 (40,0%)
11. Agitação	0,98 (1,30)	35 (70,0%)	15 (30,0%)
12. Perda de interesse	0,82 (1,17)	38 (76,0%)	12 (24,0%)
13. Indecisão	1,32 (1,24)	28 (56,0%)	22 (44,0%)
14. Desvalorização	0,60 (0,99)	38 (76,0%)	12 (24,0%)
15. Falta de energia	0,92 (0,97)	37 (74,0%)	13 (26,0%)
16. Alterações no padrão de sono	1,18 (1,00)	36 (72,0%)	14 (28,0%)
17. Irritabilidade	0,86 (1,07)	39 (78,0%)	11 (22,0%)
18. Alterações de apetite	1,04 (1,03)	35 (70,0%)	15 (30,0%)
19. Dificuldade de concentração	1,18 (0,96)	30 (60,0%)	20 (40,0%)
20. Cansaço ou fadiga	1,24 (1,14)	31 (62,0%)	19 (38,0%)
21. Perda de interesse por sexo	0,82 (1,08)	39 (78,0%)	11 (22,0%)

Nota: as opções de resposta da Escala BDI-II variam de 0 a 3, com números mais altos indicando maior intensidade da sintomatologia depressiva.

Relações entre sobrecarga e sintomatologia depressiva

Análise correlacional

A Tabela 11 apresenta os resultados das análises de correlação entre o grau de sobrecarga subjetiva, por meio do escore global da escala BI, e nível de sintomatologia depressiva, por meio do escore global e dos escores das duas subescalas da escala BDI-II. Pode-se observar que houve uma correlação positiva significativa entre os escores globais das escalas BI e BDI-II ($p \leq 0,001$). Além disso, o escore global da BI também correlacionou-se significativamente com os escores das duas subescalas de sintomatologia depressiva, Cognitivo-afetivo ($p \leq 0,001$) e Somato-afetivo ($p \leq 0,001$) da BDI-II. Esses resultados confirmam a hipótese do presente trabalho de que, quanto maior o grau de sobrecarga subjetiva do familiar cuidador, mais elevada seria a intensidade de sua sintomatologia depressiva.

Tabela 11

Correlação entre o escore global da escala BI e o escore global e por subescalas da escala BDI-II, avaliada por meio do teste de correlação de Pearson.

BDI-II	Categorias	BI - Escore Global	
		<i>r</i>	<i>p</i>
Escore Global		0,66	0,000***
Subescalas	A - Cognitivo-afetivo	0,64	0,000***
	B- Somato-afetivo	0,63	0,000***

Nota. *r* = coeficiente de correlação de Pearson.

*** $p \leq 0,001$.

Comparação entre categorias de sobrecarga

A Tabela 12 apresenta os resultados da comparação dos níveis de sintomatologia depressiva apresentados por subgrupos de familiares com diferentes graus de sobrecarga. O teste de Análise de Variância (ANOVA) indicou que os subgrupos diferiam significativamente entre si em relação aos escores globais de sintomatologia depressiva ($F = 11,57$; $p \leq 0,001$). Foi realizado, em seguida, o teste *post hoc* de Tukey, a fim de analisar os dados por comparação entre pares de subgrupos. Pode-se observar, na Tabela 15, que os resultados foram significativos em quatro das seis comparações entre subgrupos. O nível de sintomatologia depressiva foi significativamente mais elevado entre os familiares que

apresentavam sobrecarga grave ($p \leq 0,001$) quando comparados a dois outros subgrupos: com sobrecarga leve a moderada e mínima ou ausente. Da mesma forma, o nível de sintomatologia depressiva foi também significativamente mais elevado para o subgrupo de familiares com sobrecarga moderada a grave quando comparados a dois outros subgrupos: com sobrecarga leve a moderada ($p \leq 0,05$) e mínima ou ausente ($p \leq 0,01$). Os únicos resultados não significativos se referem à comparação entre os subgrupos de sobrecarga mínima a ausente e leve a moderada, e os subgrupos de sobrecarga moderada a grave e grave. Esses resultados da comparação entre subgrupos confirmam, também, em sua maioria, a hipótese do presente trabalho, de que um nível mais elevado de sobrecarga dos familiares estaria relacionado a um maior grau de sintomatologia depressiva.

Tabela 12

Comparação aos pares dos escores globais de sintomatologia depressiva entre as categorias de classificação de sobrecarga por meio da análise de variância (ANOVA)^a e pelo teste *post hoc* de Tukey

Categorias de sobrecarga subjetiva (BI)	Escore Global - BDI-II	
	Média (DP)	<i>p</i>
Mínima ou ausente	11,07 (8,94)	0,931
Leve a moderada	13,22 (8,59)	
Mínima ou ausente	11,07 (8,94)	0,005**
Moderada a grave	24,77 (13,29)	
Mínima ou ausente	11,07 (8,94)	0,000***
Grave	37,00 (7,18)	
Leve a moderada	13,22 (8,59)	0,014*
Moderada a grave	24,77 (13,29)	
Leve a moderada	13,22 (8,59)	0,000***
Grave	37,00 (7,18)	
Moderada a grave	24,77 (13,29)	0,108
Grave	37,00 (7,18)	

Nota: categorias de classificação da sobrecarga subjetiva: *Mínima ou ausente* (0-20); *Leve a moderada* (21-40); *Moderada a grave* (41-60); *Grave* (61-88).

^a ANOVA: $F = 11,57$; $p = 0,000^*$.

* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$. *** $p \leq 0,001$.

Análises univariadas da sintomatologia depressiva

Foram realizadas análises univariadas para selecionar as variáveis a serem incluídas no modelo de Regressão Linear Múltipla referente aos fatores associados à sintomatologia

depressiva dos familiares. Para isso, o escore global de sintomatologia depressiva foi analisado em relação às seguintes variáveis: as características sociodemográficas, de condições de vida e das condições de cuidador dos familiares e as características clínicas, sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes. A partir dessas análises, foram selecionadas as variáveis que apresentaram relação significativa ($p \leq 0,05$) e as não significativas, com valor de $p \leq 0,25$, de acordo com as recomendação de Hosmer e Lemeshow (2000), tendo em vista que variáveis que não se apresentam como significativas nas análises univariadas podem ser significativas na análise multivariada. As variáveis categóricas foram analisadas por meio do teste t de *Student* e as contínuas por meio do teste de correlação de Pearson. Os resultados dessas análises serão descritos a seguir.

Características dos familiares

Variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos familiares: nas Tabelas 13 e 14, estão apresentados os resultados das variáveis categóricas e contínuas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares. Pode-se observar, na Tabela 13, que o nível de sintomatologia depressiva foi significativamente maior entre os familiares que não possuíam atividades de lazer fora de casa ($p \leq 0,05$). Para as demais variáveis, não houve diferenças estatisticamente significativas quanto ao grau de sintomatologia depressiva. Dentre essas últimas, a variável “viver com um companheiro” ($p = 0,066$) também foi selecionada para a análise de regressão, tendo o valor de $p \leq 0,25$. Quanto às variáveis contínuas apresentadas na Tabela 14, não foram encontradas relações estatisticamente significativas. As variáveis contínuas não significativas selecionadas por apresentarem valor de $p \leq 0,25$ foram: anos de escolaridade ($p = 0,108$) e valor da renda ($p = 0,085$).

Tabela 13

Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste t de *Student* para amostras independentes

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Média (DP)	t	p
Sexo	Feminino	42	18,57 (12,86)	- 0,72	0,477
	Masculino	8	15,00 (13,27)		
Vive com companheiro(a)	Sim	36	15,92 (12,82)	1,89	0,066
	Não	14	23,36 (11,75)		

Parentesco com o paciente	Pais/irmãos	32	19,41 (12,78)	1,03	0,307
	Cônjuge/outros	18	15,50 (12,98)		
Localização da residência	Zona urbana	45	18,16 (12,86)	- 0,25	0,800
	Zona rural	5	16,60 (14,28)		
Trabalha atualmente	Sim	24	17,21 (14,89)	0,42	0,680
	Não	26	18,73 (10,90)		
Crianças na casa	Sim	22	17,55 (14,41)	0,22	0,827
	Não	28	18,36 (11,75)		
Possui problemas de saúde	Sim	22	19,55 (12,43)	- 0,75	0,457
	Não	28	16,79 (13,29)		
Possui outras preocupações	Sim	38	18,08 (13,46)	- 0,08	0,939
	Não	12	17,75 (11,28)		
Cuida de outro familiar doente	Sim	20	20,30 (12,50)	- 1,03	0,307
	Não	30	16,47 (13,08)		
Possui atividade de lazer fora de casa	Sim	35	15,60 (10,97)	2,08	0,043*
	Não	15	23,60 (15,44)		

* $p \leq 0,05$.

Tabela 14

Análises univariadas das variáveis contínuas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson

Variável	Média (DP)	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	52,22 (15,39)	0,02	0,894
Anos de escolaridade	8,85 (4,92)	- 0,24	0,108
Valor da renda (R\$)	1618,29 (1043,47)	- 0,28	0,085

Nota: *r* = coeficiente de correlação de Pearson.

Variáveis das condições de cuidador: a Tabela 15 apresenta as variáveis categóricas referentes às condições do papel de cuidador exercido pelo familiar. Duas variáveis foram significativas: sentir-se apoiado pelos profissionais do serviço e a avaliação do relacionamento com o paciente. Os familiares que não se sentiam apoiados pelos profissionais do serviço apresentaram um nível de sintomatologia depressiva significativamente maior ($p \leq 0,01$) do que aqueles que se sentiam apoiados. Da mesma forma, o nível de sintomatologia depressiva foi significativamente mais elevado entre os familiares que avaliavam a relação com o paciente como ruim ou muito ruim ($p \leq 0,001$), quando comparados aos que avaliavam o relacionamento como bom ou muito bom. Foram também selecionadas para a análise de regressão as seguintes variáveis não significativas, que apresentaram valor de $p \leq 0,25$: receber ajuda para cuidar do paciente ($p = 0,214$), receber informações suficientes sobre o problema do paciente ($p = 0,226$), sentir atitude

negativa das pessoas em relação a si ($p = 0,200$), avaliação da ajuda do serviço ($p = 0,052$) e satisfação em cuidar do paciente ($p = 0,238$).

Tabela 15

Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características das condições de cuidador dos familiares em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste t de *Student* para amostras independentes

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Média (DP)	t	p
Recebe ajuda para cuidar do paciente	Sim	32	16,09 (10,76)	1,27	0,214
	Não	18	21,39 (15,70)		
Recebeu informações sobre o problema	Sim	39	16,82 (12,05)	1,23	0,226
	Não	11	22,18 (15,30)		
Sente apoio do serviço	Sim	44	16,18 (11,63)	2,91	0,006**
	Não	6	31,33 (14,64)		
Frequenta/frequentou o serviço	Sim	8	17,00 (14,32)	0,24	0,813
	Não	42	18,19 (12,74)		
Já se sentiu doente por cuidar do paciente	Sim	33	19,06 (14,03)	- 0,81	0,422
	Não	17	15,94 (10,29)		
Sente atitude negativa das pessoas em relação a si	Sim	19	21,00 (13,22)	- 1,30	0,200
	Não	31	16,16 (12,49)		
Sente culpa em relação ao paciente	Sim	11	19,00 (10,55)	- 0,29	0,774
	Não	39	17,72 (13,55)		
Avaliação da ajuda do serviço	Muito insatisfatória/insatisfatória	3	31,67 (17,50)	2,00	0,052
	Satisfatória/muito satisfatória	46	16,83 (12,20)		
Avaliação do relacionamento com o paciente	Muito ruim/ ruim	7	34,86 (12,21)	4,38	0,000***
	Bom/muito bom	43	15,26 (10,79)		
Satisfação em cuidar do paciente	Nenhuma	26	20,08 (14,12)	1,19	0,238
	satisfação/um pouco de satisfação	24	15,75 (11,19)		
	Muita satisfação				

** $p \leq 0,01$. *** $p \leq 0,001$.

A Tabela 16 apresenta a variável contínua “há quanto tempo cuida do paciente” referente às características das condições de cuidador. Não houve relação estatisticamente significativa entre o tempo de cuidado e o nível de sintomatologia depressiva dos familiares ($p = 0,800$). Além disso, como o valor de p foi superior a 0,25, a variável não foi selecionada para a análise de regressão.

Tabela 16

Análise univariada da variável contínua referente às características das condições de cuidador dos familiares em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson

Variável	Média (DP)	<i>r</i>	<i>p</i>
Há quanto tempo cuida do paciente	9,26 (9,01)	- 0,04	0,800

Nota: *r* = coeficiente de correlação de Pearson.

*** $p \leq 0,001$.

Características dos pacientes

Variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes: nas Tabelas 17 e 18, estão apresentados os resultados das variáveis categóricas e contínuas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes. Pode-se observar que, para as variáveis contidas na Tabela 17, não houve diferenças estatisticamente significativas no nível de sintomatologia depressiva dos familiares. As variáveis não significativas selecionadas para a análise de regressão por apresentarem valor de $p \leq 0,25$ foram: viver com um companheiro ($p = 0,109$), ajudar nas tarefas domésticas ($p = 0,059$) e possuir um quarto individual ($p = 0,207$). Quanto às variáveis contínuas, dispostas na Tabela 18, obteve-se uma correlação significativa inversa entre o nível de sintomatologia depressiva dos familiares e o número de anos de escolaridade ($p \leq 0,05$) e a renda dos pacientes ($p \leq 0,05$). Ou seja, quanto menor era o número de anos de escolaridade e menor a renda dos pacientes, maior era o grau de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores. A variável idade, embora não significativa, também foi selecionada para a análise de regressão por apresentar valor de $p \leq 0,25$.

Tabela 17

Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Média (DP)	<i>t</i>	<i>p</i>
Sexo	Masculino	45	17,71 (12,29)	- 0,47	0,638
	Feminino	5	20,60 (18,84)		
Vive com companheiro(a)	Sim	18	14,11 (11,92)	1,63	0,109
	Não	32	20,19 (13,03)		

Trabalha atualmente	Sim	25	19,40 (13,38)	0,77	0,447
	Não	25	19,40 (12,43)		
Faz algo fora de casa	Sim	35	17,97 (13,39)	0,02	0,981
	Não	15	18,07 (11,97)		
Ajuda nas tarefas domésticas	Sim	32	15,44 (11,15)	1,93	0,059
	Não	18	22,56 (14,67)		
Possui quarto individual	Sim	29	19,97 (12,53)	- 1,28	0,207
	Não	21	15,29 (13,11)		

* $p \leq 0,05$.

Tabela 18

Análises univariadas das variáveis contínuas referentes às características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson

Variável	Média (DP)	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	35,14 (11,18)	- 0,21	0,140
Anos de escolaridade	8,92 (3,83)	- 0,33	0,019*
Valor da renda (R\$)	1322,63 (1624,63)	- 0,41	0,019*

Nota: *r* = coeficiente de correlação de Pearson.

* $p \leq 0,05$.

Variáveis clínicas dos pacientes: a Tabela 19 apresenta as variáveis categóricas referentes às características clínicas dos pacientes. Pode-se observar que três variáveis foram significativas. O nível de sintomatologia depressiva foi significativamente maior nos familiares que cuidavam de pacientes que não estavam abstinentes ($p \leq 0,001$), que não frequentavam mais o serviço ($p \leq 0,05$) e que não faziam qualquer outro tipo de tratamento ou acompanhamento ($p \leq 0,05$). Nenhuma das variáveis não significativas obteve valor de $p \leq 0,25$ e, portanto, não foram selecionadas outras variáveis clínicas categóricas para a análise de regressão.

Tabela 19

Análises univariadas das variáveis categóricas referentes às características clínicas dos pacientes em relação ao escore global de sintomatologia depressiva por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Média (DP)	<i>t</i>	<i>p</i>
Comorbidade	Sim	6	21,17 (19,31)	- 0,45	0,673
	Não	44	17,57 (11,98)		
Doença física	Sim	9	18,56 (10,62)	- 0,14	0,888
	Não	41	17,88 (13,41)		
Está abstinente	Sim	31	13,55 (10,22)	3,40	0,001***
	Não	18	25,39 (14,02)		
Tipo de tratamento no serviço	Internação/Pós-internação	37	17,16 (13,01)	- 0,77	0,443
	Ambulatorial	13	20,38 (12,60)		
Em tratamento no serviço	Sim	28	13,93 (10,10)	2,57	0,014*
	Não	22	23,18 (14,30)		
Faz algum outro tratamento	Sim	24	13,46 (9,75)	2,57	0,014*
	Não	26	22,19 (14,09)		

* $p \leq 0,05$. *** $p \leq 0,001$.

Na Tabela 20, estão contidas as variáveis contínuas referentes às características clínicas dos pacientes. A única variável que se correlacionou significativamente ao grau de sintomatologia depressiva dos familiares foi o número de comportamentos problemáticos atuais apresentados pelos pacientes. Quanto mais numerosos os comportamentos problemáticos dos pacientes, mais elevado o nível de sintomatologia depressiva dos familiares ($p \leq 0,001$). As demais variáveis, não significativas, não foram selecionadas para a análise de regressão por não apresentarem valor de $p \leq 0,25$.

Tabela 20

Análises univariadas das variáveis contínuas referentes às características clínicas dos pacientes em relação ao nível de sintomatologia depressiva por meio do teste de correlação de Pearson

Variável	Média (DP)	<i>t</i>	<i>p</i>
Duração do problema (anos)	14,04 (10,40)	- 0,06	0,705
Tempo de tratamento (anos)	5,58 (7,37)	- 0,08	0,614
Número de internações	2,85 (2,55)	0,11	0,597

Número de recaídas	4,59 (4,32)	0,12	0,550
Número de substâncias utilizadas	2,56 (1,26)	0,03	0,863
Número de comportamentos problemáticos atuais	8,32 (6,54)	0,58	0,000***

Nota: r = coeficiente de correlação de Pearson.

*** $p \leq 0,001$.

Análises multivariadas: fatores preditores da sintomatologia depressiva

Para identificar os fatores associados a um maior nível de sintomatologia depressiva dos familiares e a importância relativa do grau de sobrecarga subjetiva, comparativamente às variáveis dos familiares e dos pacientes, foram realizadas análises multivariadas por meio do teste de Regressão Linear Múltipla. A variável dependente consistiu no escore global médio de sintomatologia depressiva da escala BDI-II e as variáveis independentes foram aquelas identificadas, nas análises univariadas, como significativas a $p \leq 0,05$ e não significativas a $p \leq 0,25$, seguindo recomendações de Hosmer e Lemeshow (2000).

Para a construção dos modelos de regressão, as variáveis dos familiares e dos pacientes foram analisadas separadamente. Em relação aos familiares, foram realizadas três análises de regressão com os seguintes agrupamentos de variáveis independentes: 1) variáveis sociodemográficas e de condições de vida; 2) variáveis das condições de cuidador; e 3) variáveis que se mantiveram nos dois primeiros modelos juntamente com o escore global de sobrecarga dos familiares. Quanto às características dos pacientes, foram realizadas três análises de regressão com os seguintes agrupamentos de variáveis independentes: 1) variáveis sociodemográficas e de condições de vida; 2) variáveis clínicas; e 3) variáveis que se mantiveram nos dois primeiros modelos juntamente com o escore global de sobrecarga.

Os modelos de regressão foram construídos utilizando-se o método *Stepwise*. Nesse método, a seleção da sequência de variáveis preditivas é definida estatisticamente. O método *Stepwise* fornece uma série de modelos de regressão, nos quais há diferentes combinações de variáveis independentes, incluindo-as em ordem decrescente de importância relativa sobre a variável dependente. Para verificar a normalidade dos resíduos de cada modelo de regressão, foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov. Os resultados das

análises encontraram nível de significância $p > 0,05$ para todos os resíduos, indicando que as características dos modelos de regressão foram apropriadas aos dados, validando as análises de regressão. O índice Durbin-Watson (DW) foi calculado para cada uma das análises. Esse índice testa se os resíduos adjacentes ao plano de regressão são correlacionados. Quando o valor é próximo de 2, a hipótese de distribuição normal dos dados é corroborada.

Variáveis dos familiares

Variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos familiares associadas à sintomatologia depressiva: a Tabela 21 apresenta os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla realizada para identificar quais características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares estavam mais associadas ao seu nível de sintomatologia depressiva. Foram incluídas no modelo, conforme os critérios definidos anteriormente, as seguintes variáveis: viver com companheiro(a), possuir atividade de lazer fora de casa, número de anos de escolaridade e valor da renda.

Tabela 21

Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos familiares associadas ao grau de sintomatologia depressiva.

Variáveis associadas	Beta (B)	DP	Beta (β)	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	28,121	4,45		6,318	0,000***	R ² = 0,13 F = 3,83 <i>p</i> = 0,031* DW = 1,82
Vive com companheiro(a)	- 8,120	3,94	- 0,32	- 2,06	0,047*	
Valor da renda (R\$)	- 0,004	0,00	- 0,30	- 1,97	0,056	

* $p \leq 0,05$. *** $p \leq 0,001$.

O modelo de Regressão Linear Múltipla foi significativo ($p \leq 0,05$) e apresentou a seguinte reta de regressão: $y = 28,121 - 8,120 \text{ vive com companheiro(a)} - 0,004 \text{ valor da renda (R\$)}$. O valor de R² ajustado foi de 0,13, demonstrando que essas duas variáveis explicaram 13% da contribuição das características sociodemográficas e de condições de vida dos familiares no nível de sintomatologia depressiva. A partir dos coeficientes de regressão padronizados (β), observou-se que viver com um companheiro ($\beta = - 0,32$) foi um fator preditivo mais importante do que o valor da renda ($\beta = - 0,30$). Esses resultados,

em conjunto, indicam que a sintomatologia depressiva era mais intensa quando os familiares não viviam com um companheiro e quando tinham menor renda.

Variáveis das condições de cuidador associadas à sintomatologia depressiva: a Tabela 22 apresenta os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla realizada para identificar quais características das condições de cuidador estavam mais associadas ao nível de sintomatologia depressiva dos familiares. As seguintes variáveis foram incluídas no modelo conforme os critérios definidos anteriormente: receber ajudar para cuidar do paciente, receber informações suficientes sobre o problema do paciente, sentir-se apoiado pelos profissionais do serviço, sentir atitude negativa das pessoas em relação a si, avaliação da ajuda do serviço, avaliação do relacionamento com o paciente e sentir satisfação em cuidar do paciente.

Tabela 22

Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis das condições de cuidador associadas ao grau de sintomatologia depressiva.

Variáveis associadas	Beta (B)	DP	Beta (β)	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	34,857	4,10		8,50	0,000***	R ² = 0,29 F = 20,34 <i>p</i> = 0,000*** DW = 2,12
Avaliação do relacionamento com o paciente	- 19,976	4,43	- 0,55	- 4,51	0,000***	

*** $p \leq 0,001$.

A análise de Regressão Linear Múltipla foi significativa ($p \leq 0,001$) e apresentou a seguinte reta de regressão: **$y = 34,857 - 19,976$ avaliação do relacionamento com o paciente**. O valor de R² ajustado foi de 0,29, indicando que essa variável explicou 29% da contribuição das características das condições de cuidador no nível de sintomatologia depressiva dos familiares. Esses resultados indicam que o nível de sintomatologia depressiva era mais intenso quando os familiares avaliavam que o relacionamento com os paciente era ruim ou muito ruim.

Sobrecarga subjetiva comparativamente às variáveis sociodemográficas, de condições de vida e das condições de cuidador: a Tabela 23 apresenta os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla realizada para verificar a importância relativa do grau

de sobrecarga comparativamente às demais variáveis dos familiares no nível de sintomatologia depressiva. Foram incluídas no modelo, juntamente com o escore global de sobrecarga, as seguintes variáveis: viver com companheiro(a), valor da renda e avaliação do relacionamento com o paciente.

O modelo final de regressão, referente às variáveis do familiares, foi significativo ($p \leq 0,001$) e apresentou a seguinte reta de regressão: $y = 30,591 + 0,304 \text{ BI Escore Global} - 14,512 \text{ avaliação do relacionamento com o paciente} - 0,004 \text{ valor da renda (R\$)} - 6,160 \text{ vive com companheiro(a)}$. O valor de R^2 ajustado foi de 0,54, indicando que essas variáveis explicaram 54% da variância dos dados do nível de sintomatologia depressiva. A partir dos coeficientes de regressão padronizados (β), observou-se que o grau de sobrecarga subjetiva ($\beta = 0,48$) foi o fator preditivo mais importante para explicar o nível de sintomatologia depressiva, seguido pela avaliação do familiar quanto ao relacionamento com o paciente ($\beta = - 0,32$), o valor da renda ($\beta = - 0,32$) e a variável “viver com um companheiro” ($\beta = - 0,32$). Esses resultados indicam que, quanto maior era o grau de sobrecarga subjetiva dos familiares, mais elevado era seu nível de sintomatologia depressiva, confirmando a hipótese do presente trabalho. Além disso, os resultados também indicam que o nível de sintomatologia depressiva era maior quando os familiares avaliavam como “ruim” ou “muito ruim” seu relacionamento com os pacientes, não viviam com um companheiro e possuíam um menor valor de renda.

Tabela 23

Análise de Regressão Linear Múltipla da sobrecarga subjetiva associada ao grau de sintomatologia depressiva, comparativamente às variáveis sociodemográficas, de condições de vida e das condições de cuidador

Variáveis associadas	Beta (B)	DP	Beta (β)	T	p	
Constante	30,591	7,23		4,23	0,000***	
BI - Escore Global	0,304	0,08	0,48	4,02	0,000***	
Avaliação do relacionamento com o paciente	- 14,512	5,51	- 0,32	- 2,63	0,013*	$R^2 = 0,54$
Valor da renda (R\$)	- 0,004	0,00	- 0,31	- 2,63	0,013*	$F = 11,64$
Vive com companheiro(a)	- 6,160	2,95	- 0,24	- 2,09	0,044*	$p = 0,000***$ $DW = 1,93$

* $p \leq 0,05$. *** $p \leq 0,001$.

Variáveis dos pacientes

Variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes associadas à sintomatologia depressiva dos familiares: a Tabela 24 apresenta os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla realizada para identificar quais características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes estavam mais associadas ao nível de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores. Foram incluídas no modelo, conforme os critérios definidos anteriormente, as seguintes variáveis: viver com companheiro(a), ajudar nas tarefas domésticas, possuir quarto individual, idade, anos de escolaridade e valor da renda.

O modelo de Regressão Linear Múltipla foi significativo ($p \leq 0,05$) e apresentou a seguinte reta de regressão: $y = 21,876 - 0,003 \text{ valor da renda (R\$)}$. O valor de R^2 ajustado foi de 0,14, demonstrando que a variável “valor da renda” explicou 14% da contribuição das características sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes no nível de sintomatologia depressiva dos familiares. Esses resultados indicam que, quanto menor era o valor da renda dos pacientes, mais elevado era o nível de sintomatologia depressiva dos familiares.

Tabela 24

Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos pacientes associadas ao grau de sintomatologia depressiva dos familiares

Variáveis associadas	Beta (B)	DP	Beta (β)	t	p	
Constante	21,876	2,83		7,74	0,000***	$R^2 = 0,14$ $F = 6,16$
Valor da renda (R\$)	- 0,003	0,00	- 0,41	- 2,48	0,019*	$p = 0,019^*$ $DW = 1,97$

* $p \leq 0,05$. *** $p \leq 0,001$.

Variáveis clínicas dos pacientes associadas à sintomatologia depressiva dos familiares: a Tabela 25 apresenta os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla realizada para identificar quais características clínicas dos pacientes estavam mais associadas a um maior nível de sintomatologia depressiva dos familiares. As seguintes variáveis foram incluídas no modelo conforme os critérios definidos anteriormente: estar abstinentes, estar em tratamento no serviço, fazer algum outro tipo de tratamento ou acompanhamento para o problema e o número de comportamentos problemáticos atuais apresentados pelos pacientes.

O modelo de Regressão Linear Múltipla foi significativo ($p \leq 0,001$) e apresentou a seguinte reta de regressão: $y = 8,488 + 1,130$ **número de comportamentos problemáticos atuais**. O valor de R^2 ajustado foi de 0,32, indicando que o número de comportamentos problemáticos atuais explicou 32% da contribuição das características clínicas dos pacientes no nível de sintomatologia depressiva dos familiares. Esses resultados indicam que, quanto mais numerosos eram os comportamentos problemáticos que os pacientes apresentavam na época de realização das entrevistas, mais elevado era o grau de sintomatologia depressiva dos familiares.

Tabela 25

Análise de Regressão Linear Múltipla das variáveis clínicas dos pacientes associadas ao grau de sintomatologia depressiva dos familiares

Variáveis associadas	Beta (B)	DP	Beta (β)	t	p	
Constante	8,488	2,48		3,43	0,001***	$R^2 = 0,32$ $F = 23,32$
Número de comportamentos problemáticos atuais	1,130	0,23	0,58	4,83	0,000***	$p = 0,000***$ $DW = 1,82$

*** $p \leq 0,001$.

Sobrecarga subjetiva comparativamente às variáveis sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos pacientes: a Tabela 26 apresenta os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla realizada para verificar a importância relativa do grau de sobrecarga dos familiares comparativamente às variáveis dos pacientes no nível de sintomatologia depressiva dos familiares. Foram incluídas no modelo, juntamente com o escore global de sobrecarga, as seguintes variáveis: valor da renda e número de comportamentos problemáticos atuais apresentados pelos pacientes.

O modelo final de regressão, referente às variáveis dos pacientes, foi significativo ($p \leq 0,001$) e apresentou a seguinte reta de regressão: $y = 0,346$ **BI Escore Global** + $0,867$ **número de comportamentos problemáticos atuais**. O valor de R^2 ajustado foi de 0,84, o que indica que essas variáveis explicaram 84% da variância dos dados do nível de sintomatologia depressiva. A partir dos coeficientes de regressão padronizados (β), observou-se que o grau de sobrecarga subjetiva ($\beta = 0,61$) constituiu novamente o fator preditivo mais importante para explicar o nível de sintomatologia depressiva dos familiares, seguido pelo número de comportamentos problemáticos atuais dos pacientes (β

= 0,34). Esses resultados confirmam a hipótese do presente trabalho ao verificar que um maior grau de sobrecarga subjetiva estava associado a um nível mais elevado de sintomatologia depressiva dos familiares. Um maior número de comportamentos problemáticos dos pacientes também contribuiu, em segundo lugar, para determinar um nível mais elevado de sintomatologia depressiva dos familiares.

Tabela 26

Análise de Regressão Linear Múltipla da sobrecarga subjetiva associada ao grau de sintomatologia depressiva dos familiares, comparativamente às variáveis sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos pacientes

Variáveis associadas	Beta (B)	DP	Beta (β)	<i>t</i>	<i>p</i>	
BI - Escore Global	0,346	0,07	0,61	4,65	0,000***	R ² = 0,84 F = 85,69
Número de comportamentos problemáticos atuais	0,867	0,33	0,34	2,61	0,014*	p = 0,000*** DW = 1,93

* $p \leq 0,05$. *** $p \leq 0,001$.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram caracterizar os níveis de sobrecarga subjetiva e de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. Os resultados permitiram verificar, também, a relação entre essas duas variáveis, bem como identificar os fatores associados à sintomatologia depressiva e seus principais preditores. As comparações dos resultados obtidos na presente pesquisa com os demais estudos realizados nesse campo de investigação encontram-se descritas a seguir.

No presente estudo, a maioria dos cuidadores foi constituída por mulheres, casadas ou vivendo como casadas, que eram mães dos pacientes. Estes resultados são semelhantes aos dados encontrados na literatura da área (Li et al., 2013; Maciel et al., 2014; Marcon et al., 2012; Marcon et al., 2012b). No estudo realizado por Lamichhane et al. (2008), a maioria dos cuidadores foi composta pelas esposas dos pacientes. Estes dados refletem o papel social ocupado pela mulher, geralmente responsabilizada pelo cuidado ao familiar adoecido (Maciel et al., 2014). Quanto aos pacientes, em conformidade com dados de outros estudos, a maioria foi constituída por indivíduos do sexo masculino (Lamichhane et al., 2008; Li et al., 2013; Malik et al., 2012; Marcon et al., 2012b) e solteiros (Marcon et al., 2012b). Outros estudos, no entanto, constataram uma maioria composta por pacientes casados (Lamichhane et al., 2008; Malik et al., 2012).

Os familiares apresentaram uma média de sobrecarga subjetiva que pode ser considerada leve a moderada ($34,80 \pm 19,94$). Quanto à porcentagem de casos por classificação do grau de sobrecarga, somente 28,0% da amostra apresentaram uma sobrecarga mínima ou ausente, sendo que, dos 72,0% restantes, 36,0% foram classificados com uma sobrecarga leve a moderada, 26,0% como moderada a grave e 10,0% manifestaram uma sobrecarga grave. Dos estudos encontrados, realizados com familiares cuidadores de usuários de substâncias psicoativas, somente o de Hoertel e Limosin (2014) utilizou a escala BI para avaliar o grau de sobrecarga. Os resultados encontrados foram semelhantes, tendo sido constatado que a amostra apresentou uma média de sobrecarga subjetiva leve a moderada ($28,5 \pm 16,0$) e que 36,5%, 41,0%, 18,5% e 4,0% dos familiares foram classificados com uma sobrecarga subjetiva mínima ou ausente, leve a moderada, moderada a grave e grave, respectivamente. As pequenas diferenças na média de sobrecarga e nas porcentagens de níveis de sobrecarga podem estar relacionadas ao fato de o estudo de Hoertel e Limosin (2014) ter avaliado familiares de pessoas com diferentes

níveis de envolvimento com o uso de bebidas alcoólicas. Os resultados obtidos por esses pesquisadores indicaram que os familiares de dependentes de álcool foram os que apresentaram mais frequentemente sobrecargas moderada a grave e grave (64,6%).

Outros estudos foram realizados com familiares de pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas, porém utilizando outros instrumentos de medida para avaliar a sobrecarga, o que impede uma comparação direta entre os resultados. De maneira geral, os resultados do presente estudo foram semelhantes aos encontrados por Lamichanne et al. (2008), Biegel et al. (2007, 2010), Malik et al. (2012) e Marcon et al. (2012), que também constataram a presença de uma sobrecarga leve a moderada ou moderada. Outros estudos encontraram uma sobrecarga mais elevada, como o de Mattoo et al. (2013), Nebhinani et al. (2013), Shyangwa et al. (2008) e Li et al. (2013). Uma possível explicação para essa diferença refere-se à composição das amostras desses estudos, que incluíam essencialmente pacientes com dependência de drogas opiáceas e/ou que ministravam drogas por via intravenosa, o que pode estar associado à manifestação de diferentes comportamentos problemáticos e de alto risco, como, por exemplo, a troca de seringas e a consequente exposição ao HIV (Li et al., 2013; Mattoo et al., 2013; Nehbinani et al., 2013; Shyangwa et al., 2008). O presente estudo constatou uma porcentagem de familiares sobrecarregados superior à encontrada por Pereira e Soares (2011). No entanto, essa diferença pode estar relacionada à utilização de diferentes instrumentos de medida e ponto de corte para avaliação e classificação do grau de sobrecarga.

Os resultados do presente estudo também podem ser comparados com pesquisas com cuidadores de outros tipos de pacientes, mas que utilizaram o mesmo instrumento de medida (escala BI). Observou-se que o grau de sobrecarga subjetiva – leve a moderado – encontrado no presente estudo assemelhou-se aos resultados das seguintes pesquisas: Guedes e Pereira (2013), com cuidadores de pessoas com dependência funcional; Santos et al. (2014), com pacientes com demência leve e moderada; Sirari et al. (2014), com pacientes com epilepsia; e Zincir et al. (2014), com pacientes que sofriam de insuficiência cardíaca. A sobrecarga subjetiva observada no presente trabalho, entretanto, foi maior do que as encontradas por Hooley et al. (2005) e Chung et al. (2010), ambos com pacientes com insuficiência cardíaca, Springate e Tremont (2011), com portadores de deficiência cognitiva leve, e Whitlatch et al. (1997), também com pacientes com deficiência cognitiva, cujos escores globais médios indicaram uma sobrecarga mínima ou ausente.

A análise da escala BI permitiu identificar quais itens os familiares classificaram mais frequentemente com pontuações elevadas (escores 2, 3 e 4), indicando quais deles

mais contribuíram para o seu grau de sobrecarga subjetiva. Os resultados indicaram sobrecargas moderada e elevada relacionadas aos itens que expressavam os seguintes sentimentos do cuidador: de que o paciente dependia dele; de receio pelo futuro do paciente; de que o paciente esperava que o familiar cuidasse dele como se não houvesse mais ninguém de quem pudesse depender; de falta de dinheiro suficiente para cuidar do paciente; e sentimento de dúvida sobre o que fazer com o paciente. Esses resultados estão em consonância com a literatura, pois, conforme apontaram Tessler e Gamache (2000), o familiar acaba desempenhando o papel de cuidador informal sem ter a preparação adequada para exercer tal tarefa e, portanto, sem saber como lidar com o paciente. Essa situação é agravada pela falta de apoio profissional para o familiar (Rose, 1996; Bandeira & Barroso, 2005) e pela falta de informações sobre o transtorno psiquiátrico (Rose, 1996; Barroso et al., 2009). A dependência do paciente pode gerar um sentimento de incômodo no cuidador, pois, segundo Tessler e Gamache (2000), a ocorrência de um transtorno psiquiátrico altera as fases do ciclo familiar e cria uma função adicional que não era esperada para aquele momento da vida da família, tendo em vista a expectativa de que um indivíduo adulto seja independente e não necessite de cuidados intensivos. Os familiares estão suscetíveis, também, à ocorrência de uma sobrecarga financeira, porque, além de a dependência de substâncias psicoativas impactar a vida profissional e ocupacional do familiar cuidador, os usuários frequentemente fazem gastos excessivos relacionados ao consumo da substância (Soccol et al., 2014). A dependência de álcool e/ou outras drogas por um membro da família resulta, ainda, em preocupações com sua segurança e bem-estar, tendo em vista que esse transtorno pode estar associado à diminuição da expectativa de vida e à possibilidade de morte por overdose, acidente ou agressão (Soares, 2009).

Quanto aos resultados obtidos referentes à escala BDI-II, o escore global médio apresentado pelos familiares cuidadores ($18,00 \pm 12,86$) indicou a presença de uma sintomatologia depressiva leve, não havendo diferenças entre os escores médios das duas subescalas. Aproximadamente, metade dos familiares (56,0%) apresentou algum grau de sintomatologia depressiva, sendo 16,0%, 18,0% e 22,0% classificados com um nível de sintomatologia depressiva considerado leve, moderado e grave, respectivamente. Apresentaram uma sintomatologia mínima ou ausente 44,0% dos familiares. Dos estudos identificados com familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, nenhum utilizou a escala BDI-II para avaliar sua sintomatologia depressiva, o que impõe restrições à comparação dos resultados. De maneira geral, a presente pesquisa obteve resultados semelhantes aos encontrados nos estudos de Maciel et al. (2014), Marcon

et al. (2012) e Biegel et al. (2010). No estudo de Maciel et al. (2014), a amostra apresentou uma média de sintomatologia depressiva que pode ser classificada como leve. Dos familiares entrevistados, 66,0% manifestaram algum grau de sintomatologia depressiva, sendo esta classificada como leve (35,0%), moderada (27,0%) e grave (4,0%). O estudo de Marcon et al. (2012) também identificou a presença de sintomas depressivos em 36,8% dos familiares, sendo que 12,8% foram classificados com disforia, isto é, sentimentos mais leves e recorrentes de tristeza, angústia e mal-estar, e 23,8% com depressão. Biegel et al. (2010), por sua vez, constataram que o nível de sintomas depressivos apresentados por 39,0% dos familiares indicava risco de depressão clínica. Diferentemente dos resultados obtidos no presente estudo, a pesquisa desenvolvida por Li et al. (2013) encontrou uma média de sintomatologia depressiva mais alta, podendo ser considerada de moderada a grave. Essa diferença pode estar relacionada à peculiaridade da população-alvo do estudo, visto ter sido conduzido especificamente com familiares de pessoas dependentes de drogas injetáveis. Como mencionado anteriormente, essas pessoas apresentam mais frequentemente comportamentos de alto risco (Li et al., 2013; Mattoo et al., 2013; Nehbinani et al., 2013; Shyangwa et al., 2008).

Outros estudos utilizaram a escala BDI-II para avaliar o nível de sintomatologia depressiva de familiares cuidadores de outros tipos de pacientes. Os resultados obtidos na presente pesquisa estão em consonância com os encontrados por Cotelo et al. (2015), com familiares de pacientes com Alzheimer, e por Sirari et al. (2014), com pacientes com epilepsia. O primeiro estudo constatou que 20,0% dos familiares apresentaram uma sintomatologia depressiva considerada de moderada a grave. O segundo, por sua vez, encontrou um escore global médio indicativo da presença de uma sintomatologia depressiva leve a moderada na amostra. A porcentagem de familiares que manifestaram algum grau de sintomatologia depressiva foi superior no presente estudo (56,0%) quando comparada às pesquisas de Chung et al. (2010) e Zincir et al. (2014), que encontraram 28,0% e 34,0%, respectivamente. Uma possível explicação pode estar relacionada à população-alvo investigada nesses estudos, ambos realizados com familiares de pacientes com insuficiência cardíaca. Esses resultados sugerem que cuidar de um paciente com dependência de álcool e outras drogas pode representar uma tarefa mais desgastante para os familiares devido às particularidades do transtorno. Em quadros de dependência de substâncias, observa-se que a urgência em consumir a droga de abuso faz com que, muitas vezes, os usuários se engajem em atividades que colocam em risco sua integridade moral e física. Com a atenção e o tempo dedicados à aquisição e consumo da substância, o

dependente acaba se descuidando de sua família, de sua saúde, de sua situação financeira e de sua vida como um todo, gerando preocupações e um intenso sofrimento para seus familiares (Maciel et al., 2014).

Os resultados do presente trabalho confirmaram a hipótese inicial de que um maior grau de sobrecarga subjetiva do familiar cuidador estaria associado a um nível mais elevado de sintomatologia depressiva. Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre os escores globais das escalas BI e BDI-II, e suas duas subescalas, indicando que, à medida que o grau de sobrecarga aumentava, o nível de sintomatologia depressiva tendia a elevar-se também. Além disso, quando os subgrupos de familiares com diferentes graus de sobrecarga foram comparados quanto ao seu nível de sintomatologia depressiva, constatou-se que os familiares com sobrecarga grave e moderada-a-grave apresentaram sintomatologia depressiva significativamente mais elevada do que aqueles com uma sobrecarga leve-a-moderada e mínima ou ausente. Esses resultados estão em consonância com o modelo teórico de Clyburn et al. (2000), segundo o qual o surgimento de uma sintomatologia depressiva no familiar cuidador é determinado pela sua experiência e avaliação subjetivas (sobrecarga subjetiva) dos eventos estressores envolvidos no cuidado ao paciente. As relações encontradas corroboram os resultados obtidos nos estudos de Cotelo et al. (2015), Mendéz et al. (2010), Pinguart e Sörensen (2003), Santos et al. (2014), Sirari et al. (2014), Son et al. (2007), Springate e Tremont (2011), Thompson et al. (1990), Whitlatch et al. (1997), Yoon (2003), Dias (2011), Magaña et al. (2007), Oldridge e Hughes (1992), Song et al. (1997), Thunyadee et al. (2015), Raveis et al. (1998), Rhee et al. (2008), Pirraglia et al. (2005), Guedes e Pereira (2013), Chung et al. (2010), Hooley et al. (2005) e Zincir et al. (2014).

O presente estudo permitiu identificar, por meio de análises univariadas, as relações entre algumas variáveis do cuidador e variáveis do paciente e o nível de sintomatologia depressiva apresentado pelos familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. Os familiares que se sentiam menos apoiados pelo serviço de saúde, cujos pacientes não estavam em tratamento no serviço no momento ou que não realizavam outros tipos de tratamento, apresentaram um nível mais elevado de sintomatologia depressiva. Esses resultados corroboram o estudo de Raveis et al. (1998), no qual a percepção de ajuda recebida pelo familiar no cuidado do paciente constituiu uma variável preditora do seu nível de sintomatologia depressiva. Esses dados são importantes, pois sugerem que a falta de apoio profissional, seja para si mesmos ou para os pacientes, torna a experiência dos cuidadores ainda mais desgastante e estressante, visto que a

responsabilidade pelo cuidado acaba recaindo exclusivamente sobre o familiar, o que pode afetar sua saúde mental. Nesse sentido, o estudo de Biegel et al. (2010) também encontrou uma correlação inversa significativa entre o grau de sintomatologia depressiva dos familiares e o suporte social recebido por eles e pelos pacientes. No que se refere ao suporte social recebido pelos pacientes, os autores salientaram que a disponibilidade de outras fontes de apoio emocional e informativo pode torná-los menos dependentes dos familiares cuidadores, aliviando sua sobrecarga de cuidados.

Outro resultado, encontrado na presente pesquisa, foi que os familiares que possuíam menos atividades de lazer fora de casa apresentaram maior nível de sintomatologia depressiva. Esse resultado pode ser interpretado como um reflexo dos fatores mencionados anteriormente, indicando que, na ausência de apoio para si e para os pacientes, os familiares podem acabar tendo que restringir suas atividades de lazer em função das tarefas de cuidado do paciente, o que contribui para a diminuição de seu bem-estar. Como apontado por Maciel et al. (2014), tendo em vista a atual configuração da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, orientada pelos princípios da desinstitucionalização, o apoio aos familiares cuidadores é de suma importância, para que eles não se sintam desamparados e sozinhos na responsabilidade de cuidar, em casa, de seu familiar com dependência de substâncias. Portanto, é fundamental que haja uma reformulação da atenção dirigida à família, partindo do entendimento de que os profissionais de saúde mental devem desenvolver intervenções de instrumentalização dos familiares enquanto cuidadores, mas também devem assistir as suas demandas pessoais enquanto indivíduos que também necessitam de cuidados.

No presente estudo, os familiares, cujos pacientes possuíam menos anos de escolaridade e menor valor de renda, apresentaram maior nível de sintomatologia depressiva. Esses resultados indicam que essas características dos pacientes podem contribuir para uma sobrecarga financeira dos familiares, que, além de todas as despesas regulares, acabam tendo que arcar com o sustento dos usuários (Maciel et al., 2014). Portanto, é possível inferir que o baixo valor da renda dos pacientes produz impacto no orçamento familiar, fazendo com que, muitas vezes, os familiares passem a vivenciar dificuldades financeiras. Isso é, ainda, mais relevante para as famílias que já apresentam uma condição econômica mais baixa. No presente estudo, a maioria dos cuidadores (72,0%) recebia até dois salários mínimos no máximo. A ocorrência da depressão tem sido associada a fatores de vulnerabilidade social, como condições de vida precárias, que tornam algumas pessoas mais predispostas à depressão do que outras (Maciel et al., 2014).

De acordo com a revisão de literatura realizada por Pinquart e Sörensen (2003), o estresse financeiro tem sido frequentemente estudado como um dos fatores gerais de risco para o prejuízo da saúde mental dos familiares.

Outro resultado obtido no presente estudo foi que os familiares, cujos pacientes estavam “na ativa”, ou seja, estavam fazendo uso de substâncias psicoativas na época de realização de entrevistas, apresentaram uma sintomatologia depressiva mais elevada do que aqueles que estavam abstinentes. Além disso, quanto mais numerosos os comportamentos problemáticos dos pacientes, mais intensa era a sintomatologia depressiva dos familiares. Pode-se inferir que essas duas variáveis estão relacionadas, uma vez que o familiar estar ou não abstinente determina, em grande parte, o número de comportamentos problemáticos relacionados ao uso da substância. Os resultados encontrados estão em consonância com os estudos de Li et al. (2013) e Biegel et al. (2010). Nesses estudos, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva dos familiares mostraram-se associados à maior gravidade e frequência do uso de drogas pelos pacientes e a um maior nível de problemas emocionais do paciente, respectivamente. Os comportamentos problemáticos têm sido consistentemente apontados na literatura como um dos principais preditores da sintomatologia depressiva em cuidadores familiares (Clyburn et al., 2000; Pinquart & Sörensen, 2003; Whitlatch et al., 1997).

No presente estudo, os comportamentos problemáticos mais citados e considerados incômodos pelos familiares foram: agitação/ansiedade, dependência, irritabilidade, oscilações de humor, não ajudar nas tarefas domésticas, ficar à toa em casa, pedir atenção demais, o consumo de álcool e outras drogas em si, mentiras/desonestidade, gastar muito dinheiro/descontrole financeiro e ameaças/agressões verbais. Foram mencionados, também, comportamentos como manipulação, negação do problema e da necessidade de ajuda, “sumir” à noite toda ou por dias, dormir na rua, e comportamentos de risco como dirigir sob efeito de substâncias, machucar-se e sofrer acidentes. Esses comportamentos se assemelham aos identificados por Biegel et al. (2007). Conforme apontam Marcon et al. (2012), a exposição prolongada às situações estressantes decorrentes da dependência de álcool e outras drogas em um membro da família pode provocar no familiar o desenvolvimento de doenças como a depressão.

A última relação encontrada, nas análises univariadas, refere-se à constatação de uma sintomatologia depressiva mais elevada nos familiares que avaliaram sua relação com o paciente como ruim ou muito ruim. A literatura indica que as dificuldades encontradas pelo familiar na convivência com o dependente de substâncias contribuem para a

fragilização dos vínculos afetivos entre eles (Soccol et al., 2013). Alterações ocasionadas no relacionamento entre o cuidador e o paciente, como a falta de reciprocidade e da comunicação, prejudicam a relação e tornam mais difícil a manutenção de sentimentos positivos no dia a dia (Tessler & Gamache, 2000). A experiência dos familiares cuidadores pode ser mais árdua quando eles possuem percepções negativas acerca dos pacientes. Por outro lado, o desempenho de tal papel pode ser menos estressante quando há uma boa relação com o paciente (Thompson et al., 1990). A qualidade da relação com o paciente tem sido apontada como um dos preditores da sintomatologia depressiva nos familiares cuidadores de diferentes tipos de pacientes (Clyburn et al., 2000; Song et al., 1997; Thompson et al., 1990).

Nas análises multivariadas de Regressão Linear Múltipla, foram identificadas as variáveis preditoras do nível de sintomatologia depressiva dos cuidadores. Confirmando a hipótese da presente pesquisa e, em consonância com o modelo teórico de Clyburn et al. (2000), a sobrecarga subjetiva constituiu a variável preditora mais importante do nível de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores. Esses resultados corroboram outros estudos que também identificaram a sobrecarga subjetiva dos familiares cuidadores como uma variável preditora relevante do seu nível de sintomatologia depressiva (Clyburn et al., 2000; Dias, 2011; Sherwood et al., 2005; Son et al., 2007; Song et al., 1997; Magaña et al., 2007; O'Rourke & Tuokko, 2004; Thunyadee et al., 2015; Whitlatch et al., 1997; Yoon, 2003; Zincir et al., 2014).

No que se refere às características dos familiares, três variáveis se mantiveram no modelo de regressão como fatores preditores da sintomatologia depressiva: a avaliação do relacionamento com o paciente, o valor da renda e viver com um companheiro. Ou seja, a avaliação negativa do relacionamento com o paciente, um menor valor de renda e não viver com um companheiro foram os fatores preditores de um nível mais elevado de sintomatologia depressiva. Os indivíduos dependentes de álcool e outras drogas apresentam frequentemente dificuldades em administrar sua vida financeira, além de, muitas vezes, roubarem e venderem bens, seus e de seus familiares, para adquirir a substância (Shyangwa et al., 2008). Quando o familiar possui um valor de renda menor, essas dificuldades podem ser ainda mais estressantes. De acordo com a revisão de literatura realizada por Pinquart e Sörensen (2003), o estresse financeiro tem sido frequentemente estudado como um dos fatores gerais de risco para o prejuízo da saúde mental dos indivíduos. A variável “viver com um companheiro” pode estar relacionada ao suporte social recebido pelo cuidador. Diversos estudos têm apontado que o suporte social

reduzido está associado a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Clyburn et al., 2000). Isto é, os familiares que não vivem com um companheiro podem sentir-se mais solitários e desamparados diante de suas responsabilidades como cuidadores. Por outro lado, viver com um companheiro pode implicar em ter alguém que ajude nas tarefas do dia a dia e, até mesmo, que possa compartilhar a responsabilidade pelo cuidado do paciente, tornando mais amena a experiência do cuidador.

Quanto às características dos pacientes, somente o número de comportamentos problemáticos atuais foi identificado como uma variável preditora do grau de sintomatologia depressiva. Conforme mencionado anteriormente, os comportamentos problemáticos do paciente têm sido apontados como uma das variáveis mais estudadas em estudos com cuidadores e mais fortemente predictoras do seu grau de sintomatologia depressiva (Clyburn et al., 2000; Pinquart & Sörensen, 2003).

Observa-se que poucas variáveis foram identificadas, na análise de regressão, como predictoras significativas do nível de sintomatologia depressiva dos familiares. Além disso, das variáveis que foram mantidas nos modelos finais de regressão, a sobrecarga subjetiva obteve um valor preditivo superior sobre a sintomatologia depressiva dos familiares comparativamente a quaisquer outras características dos familiares ou dos pacientes. Esses dados sugerem concordância com o modelo de Clyburn et al. (2000) de que as variáveis antecedentes e eventos estressores específicos do papel de cuidador estão mais diretamente relacionados ao sentimento de sobrecarga e que a experiência dessa sobrecarga subjetiva, por sua vez, levaria ao desenvolvimento ou intensificação da sintomatologia depressiva.

Uma consideração relevante diz respeito à pouca utilização do serviço pelos próprios familiares. Embora o serviço avaliado ofereça Tratamento Ambulatorial nas modalidades de atendimento grupal e individual, especificamente para os familiares, constatou-se que estes frequentaram somente as atividades familiares previstas como parte do tratamento residencial dos pacientes (Programa Familiar). Dos familiares entrevistados, somente 4,0% frequentavam alguma das atividades específicas para familiares, na época de realização das entrevistas, e apenas 12,0% já haviam frequentado essas atividades em algum outro período. A maioria dos respondentes (64,0%) também não participava, na época de realização das entrevistas, de qualquer Grupo de Mútua Ajuda ou outros grupos de orientação para familiares. De acordo com Perrone (2014), embora em sofrimento devido à condição do paciente, a família comumente apresenta certa resistência a participar dessas atividades.

O presente estudo possui algumas limitações que devem ser levadas em conta na interpretação dos resultados. O fato de se tratar de uma pesquisa do tipo correlacional impossibilita que sejam estabelecidas relações causais entre as variáveis. No entanto, como afirmam Sherwood et al. (2005), este tipo de pesquisa permite avaliar relações preditivas entre as variáveis; ou seja, que a variação nos níveis de uma variável podem prever a variação nos níveis de outra variável. Os resultados deste estudo possibilitaram, portanto, a identificação dos fatores associados ao nível de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, confirmando dados de outros estudos.

A amostra estudada não foi selecionada aleatoriamente, por isso não é possível generalizar os resultados para a população-alvo do serviço avaliado. Além disso, como este estudo foi realizado em um único tipo de serviço de saúde – APADEQ –, não é possível generalizar os resultados obtidos para familiares cuidadores de dependentes atendidos em outros serviços, principalmente os CAPSad, que diferem do serviço avaliado neste estudo. Outra limitação é que, como a amostra utilizada se restringiu aos pacientes que frequentavam ou já haviam frequentado o serviço, os resultados obtidos também não podem ser generalizados para familiares cuidadores de dependentes que ainda não foram atendidos em serviços de saúde. Por fim, considera-se importante salientar que o nível de sintomatologia depressiva, referido na presente pesquisa, deve ser entendido como um possível indicativo de depressão, não como um diagnóstico clínico de um quadro depressivo específico.

CONCLUSÃO

A dependência de substâncias psicoativas afeta não somente o próprio usuário, mas, também, resulta em diversas modificações na vida familiar, que podem ser consideradas estressantes, gerando sobrecarga e comprometendo o bem-estar e a saúde mental do familiar que assume a responsabilidade por seus cuidados. Os resultados desta pesquisa possibilitaram caracterizar os níveis de sobrecarga subjetiva e de sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, bem como identificar os fatores associados a essa sintomatologia depressiva.

A maioria dos familiares apresentou algum grau de sobrecarga subjetiva, classificado entre leve a moderado e grave. Os níveis mais elevados de sobrecarga estavam relacionados à percepção do familiar sobre a dependência do paciente, receio pelo seu futuro, o fato de não haver mais ninguém a quem o paciente possa recorrer, falta de dinheiro suficiente para cuidar do paciente e dúvida sobre o que fazer com o paciente. Esses resultados apontam para a necessidade dos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas incluírem, além das atividades destinadas aos usuários, o desenvolvimento de ações junto aos seus familiares. Esses serviços devem fornecer informações sobre o transtorno e orientações sobre como lidar com o paciente. Devem, também, propiciar o desenvolvimento de uma rede alternativa de suporte social para o usuário, partindo-se do pressuposto de que, assim, seu vínculo de dependência em relação ao cuidador pode diminuir. No entanto, disponibilizar os serviços parece não ser suficiente, tendo em vista a resistência ou dificuldade dos familiares de se engajarem nessas atividades. É importante eliminar eventuais obstáculos e encontrar formas de estimular e motivar os familiares a participarem dessas atividades que visam a melhorar o seu próprio bem-estar. Os resultados indicam, também, a necessidade de se pensar em formas de reduzir a sobrecarga financeira dos familiares.

Aproximadamente metade dos familiares entrevistados apresentou algum nível de sintomatologia depressiva classificado entre leve e grave. Esses dados são preocupantes, tendo em vista que os sintomas apresentados podem ser indicativos de depressão, sendo esta considerada um transtorno altamente incapacitante e associado ao risco de suicídio. No presente estudo, os níveis mais elevados de sintomatologia depressiva ocorreram em familiares que não se sentiam apoiados pelo serviço de saúde, possuíam menos atividades de lazer fora de casa e avaliavam negativamente seu relacionamento com o paciente. Eram mais elevados também entre os familiares, cujos pacientes não estavam em tratamento no

serviço no momento, não realizavam outros tipos de tratamento, estavam na “ativa”, apresentavam mais comportamentos problemáticos, possuíam menos anos de escolaridade e menor valor de renda. No entanto, foram identificados como preditores da sintomatologia depressiva, na análise de regressão, somente os seguintes fatores: o grau de sobrecarga do familiar, a sua avaliação do relacionamento com o paciente, o valor de sua renda, viver com um companheiro e o número de comportamentos problemáticos dos pacientes. De maneira geral, esses dados sugerem que os serviços, além das atividades referidas anteriormente, devem desenvolver ações que visem a melhorar o relacionamento entre o familiar e o paciente, ensinar os familiares a lidarem com os comportamentos problemáticos do paciente e estimular tanto os pacientes como os familiares a utilizarem outros serviços e recursos que compõem a rede de atenção comunitária.

Os resultados permitiram confirmar a hipótese deste estudo de que um maior grau de sobrecarga subjetiva estava relacionado a um nível mais elevado de sintomatologia depressiva dos familiares. Esta confirmação corrobora o modelo teórico adotado e os resultados de estudos anteriores que indicaram que a sobrecarga subjetiva, resultante das dificuldades vivenciadas no papel de cuidador, pode prejudicar a saúde mental do familiar, ocasionando o surgimento de uma sintomatologia depressiva que pode, ou não, apresentar significância clínica. Diante dessas constatações, considera-se que a sobrecarga não deve ser interpretada como um resultado inevitável do papel de cuidador, mas como um sinal de que são necessárias intervenções, a fim de prevenir possíveis desdobramentos negativos. Portanto, os serviços devem monitorar o grau de sobrecarga dos familiares e desenvolver e implementar estratégias de apoio que possam atender às suas demandas e necessidades, a fim de diminuir sua sobrecarga, o que, por sua vez, pode diminuir ou prevenir a sintomatologia depressiva.

Este estudo possibilitou o aumento de conhecimento na área, tendo em vista que há escassez de literatura a respeito do papel de cuidador exercido por familiares de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. Embora as experiências e as consequências de ser um cuidador familiar sejam temas frequentemente abordados em pesquisas com pacientes portadores de outros transtornos neurológicos ou psiquiátricos, o impacto que a dependência de substâncias acarreta para o familiar cuidador tem sido negligenciado. No que se refere especificamente à avaliação da sobrecarga e da sintomatologia depressiva, que são as variáveis mais investigadas em cuidadores de outros pacientes, foram encontrados poucos estudos nacionais e internacionais que enfocaram essa população-alvo. Além disso, nenhum estudo nacional avaliou a relação entre essas variáveis.

É necessário que sejam desenvolvidos novos estudos que avaliem a sobrecarga e a sintomatologia depressiva dos familiares cuidadores de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. Estes estudos deverão continuar a investigação dos principais preditores da sintomatologia depressiva e a relação existente entre essas duas variáveis, para compreender melhor a experiência de cuidar de uma pessoa dependente de substâncias psicoativas e como as dificuldades aí originadas podem afetar o bem-estar e a saúde mental do familiar cuidador. Em particular, estudos futuros devem ser desenvolvidos em outros tipos de serviços, em particular os CAPSad, tendo em vista que o serviço avaliado, no presente trabalho, difere desses últimos. Enfatiza-se, ainda, a necessidade de desenvolvimento de estudos longitudinais, que permitam observar a variação do grau de sobrecarga e de sintomatologia depressiva dos familiares ao longo do tempo, bem como a relação que essas variáveis mantêm entre si, com a evolução do paciente no tratamento e com os eventos e estressores específicos envolvidos no papel de cuidador. Sugere-se, por fim, que os estudos futuros enfoquem não somente o impacto da dependência de substâncias na saúde psicológica do familiar cuidador, mas também a identificação, o desenvolvimento e a avaliação de estratégias e recursos que podem tornar essa tarefa menos desgastante, diminuindo os prejuízos para o familiar e, conseqüentemente, para o paciente.

REFERÊNCIAS

- Adewuya, A. O., Owoeye, O. A., & Erinfolami, A. R. (2011). Psychopathology and subjective burden amongst primary caregivers of people with mental illness in South-Western Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1251-1256. doi: 10.1007/s00127-010-0293-0
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2001). *Normas mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas – RDC nº 101*. Brasília. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100002.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andreoli, S. B. (2007). Serviços de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 85-100). Porto Alegre: Artmed.
- Andreoli, S. B., Almeida-Filho, N., Martin, D., Mateus, M. D. M. L., & Mari, J. J. (2007). Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 43-46. doi: 10.1590/S1516-44462006005000032
- Aragão, A. T. M, Milagres, E., & Figlie, N. B. (2009). Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *Psico-USF*, 14(1), 117-123. doi: 10.1590/S1413-82712009000100012
- Assis, J. T., Barreiros, G. B., & Conceição, M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: Diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596. doi: 10.1590/S1415-47142013000400007
- Bandeira, M. (1991). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: Lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(7), 355-360.
- Bandeira, M. (2014). Princípios norteadores para avaliação de serviços em saúde mental. In M. Bandeira, L. A. Lima & S. Barroso. *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida* (pp. 19-54). Petrópolis: Editora Vozes.
- Bandeira, M. & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.

- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., & Castro, I. (2008). Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 98-104. doi: 10.1590/S0047-20852008000200003
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., & Varella, A.A.B. (2005). Escala de Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FBIS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 206-214.
- Bandeira, M., Gelinas, D., & Lesage, A. (1998). Desinstitucionalização: O programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(12), 627-640.
- Bandeira, M., Lima, L. A., & Barroso, S. (2014). *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Barroso, S., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1957-1968. doi: 10.1590/S0102-311X200900090001
- Beattie, M. (2001). *Co-dependência nunca mais*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Biegel, D. E., Ishler, K. J., Katz, S., & Johnson, P. (2007). Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders. *Journal of social work practice in the addictions*, 7, 25-49. doi: 10.1300/J160v07n01_03
- Biegel, D. E., Katz-Saltzman, S., Meeks, D., Brown, S., & Tracy, E. M. (2010). Predictors of depressive symptomatology in family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance use and mental disorders. *Journal of Family Social Work*, 13(2), 25-44. doi:10.1080/10522150903437458
- Bortolon, C. B., Signor, L., Moreira, T. C., Figueiró, L. R., Benchaya, M. C., Machado, C. A., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2016). Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 101-107. doi: 10.1590/1413-81232015211.20662014
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 26 de agosto de 2015, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Portaria n. 2841, de 20 de setembro de 2010*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas – CAPS AD III. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011a). *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011b). *Saúde Mental em Dados – 8*, Brasília: Ministério da Saúde, ano 6, n. 8, Recuperado em 07 de outubro de 2015, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Saúde Mental em Dados – 11*, Brasília: Ministério da Saúde, ano 7, n. 11. Recuperado em 09 de outubro de 2015, de http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbrirDocumento.aspx?cd_documento=1832
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2007). *Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf
- Calil, H. M. & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., Moura, Y. G., & Sanchez, Z. V. D. M. (2007). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade de São Paulo. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>
- Carvalho, L. S. & Negreiros, F. (2011). A co-dependência na perspectiva de quem sofre. *Boletim de Psicologia*, 61 (135), 139-148. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000200002
- Chung, M. L., Pressler, S. J., Dunbar, S. B., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2010). Predictors of Depressive Symptoms in Caregivers of Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(5), 411-419. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181d2a58d

- Clyburn, L. D., Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T., & Tuokko, H. (2000). Predicting Caregiver Burden and Depression in Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(1), 2-13. doi: 10.1093/geronb/55.1.S2
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 705-711. doi: 10.1590/S1413-81232006000300017
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1996). A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In A. M. A. Hartz. *Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas* (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. O., & Boyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec Abrasco.
- Cortes, L. F., Terra, M. G., Pires, F. B., Heinrich, J., Machado, K. L., Weiller, T. H., & Padoin, S. M. M. (2014). Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 84-92. doi: 10.5216/ree.v16i1.20279
- Costa, P. H. A. (2014). *Mapeamento da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas: Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Pedro-Henrique-Antunes-da-Costa.pdf>
- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M. (2015). As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In T. M. Ronzani, P. H. A. Costa, D. C. B. Mota, & T. J. Laport. *Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas* (pp. 41-66). São Paulo: Cortez.
- Costa, P. H. A., Casela, A. L. M., Mota, D. C. B., Monteiro, E. P., Paiva, F. S., Freitas, J. V. T., Machado, N. M., & Ronzani, T. M. (2015). The Care Network for Drug Users in Brazil: What do Professionals Say About It? *Universitas Psychologica*, 14(4), 1311-1324. doi: 10.11144/Javeriana.up14-4.cndu
- Costa, P. H. A., Martins, L. F., Medeiros, A. X., Salgado, J. A., Silva, W. M. D., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2015). Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: Contribuições da análise de redes sociais. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(3), 245-252. doi: 10.1590/1414-462X201500030129
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2015). Unravelling the skein of care networks on drugs: a narrative review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 395-406. doi: 10.1590/1413-81232015202.20682013
- Costa, S. F. (2009). As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. *Serviço Social em Revista*, 11(2), 1-14. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm>
- Cotelo, N. V., Rodríguez, F. A., Pérez, J. A. F., Iglesias, J. C. A., & Lago, M. R. (2015). Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharmacy Practice*, 13(2), 1-6. doi: 10.18549/PharmPract.2015.02.521

- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Damas, F. B. (2013). Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 6(1), 50-65. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>
- De Leon, G. (2003). Em busca da comunidade terapêutica ideal. In G. De Leon. *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método* (pp. 13-36). São Paulo: Edições Loyola.
- Delgado, P. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffmann, M. C. C. L., Martins, R., & Griolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Dias, E. A. (2011). *Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos e sua relação com a depressão*. Dissertação de mestrado. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <https://run.unl.pt/handle/10362/5932>
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114, 115-118.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. (Obra original publicada em 1966). doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Eloia, S. C., Oliveira, E. N., Eloia, S. M. C., Lomeo, R. C., & Parente, J. R. F. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: Uma revisão integrativa. *Saúde Debate*, 38(103), 996-1007. doi: 10.5935/0103-1104.20140085
- Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Kirchhof, A. L. C. (2012). Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Revista Cogitare Enfermagem*, 17(3), 444-51. doi: 10.5380/ce.v17i3.29284
- Filizola, C. L. A., Perón, C. J., Nascimento, M. M. A., Pavarini, S. C. I., & Filho, J. F. P. (2006). Compreendendo o alcoolismo na família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(4), 660-670. doi: 10.1590/S1414-81452006000400007
- Filizola, C. L. A., Tagliaferro, P., Andrade, A. S., Pavarini, S. C. I., & Ferreira, N. M. L. A. (2009). Alcoolismo e família: A vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 181-186. doi: 10.1590/S0047-20852009000300007
- Fontana, I. V., Stumm, E. M. F., Kirchner, R. M., Gomes, J. S., & Ubessi, L. D. (2011). Estresse e coping em familiares de dependentes de substâncias psicoativas. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 5(3), 618-27. doi: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0503201109

- Fracasso, L. (2013). As mudanças no processo de criação das Comunidades Terapêuticas. In F. Kerr-Corrêa & V. A. Z. Maximiliano (Org.). *Capacitação para comunidades terapêuticas. Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Gorenstein, C., Wang, Y. P., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2014). Manual do Inventário de depressão de Beck – BDI-II. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Guedes, A. C. & Pereira, M. G. (2013). Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), 1-6. doi: 10.1590/S0104-11692013000400015
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural adaptation of health related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-N
- Günther, H. (1999). Como elaborar um questionário. In L. Pasquali (Org.) *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração* (pp. 231-258). Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Hoertel, N. & Limosin, F. (2014). Excessive alcohol consumption: What is the burden on natural caregivers? *Encéphale*, 40, 1-10. doi: 10.1016/j.encep.2014.02.007
- Hooley, P. J. D., Butler, G., & Howlett, J. G. (2005). The Relationship of Quality of Life, Depression, and Caregiver Burden in Outpatients With Congestive Heart Failure. *Congestive Heart Failure*, 11(6), 303-310. doi 10.1111/j.1527-5299.2005.03620.x
- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: John Wiley and Sons.
- Israel-Pinto, A. (2011). Comunidades terapêuticas para toxicodependentes no Brasil. *Revista Toxicodependências*, 17(2), 85-87. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/537/artigo9_Vol17_n2.pdf
- Koch, R. F., Manfio, D. P., Hildebrandt, L. M., & Leite, M. T. (2011). As relações familiares de usuários de álcool: Uma revisão bibliográfica. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 151-160. doi: 10.21527/2176-7114.2011.20.151-160
- Kohn, R., Mello, M. F., & Mello, A. A. F. (2007). O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 199-207). Porto Alegre: Artmed.
- Lamichhane, N., Shyangwa P. M., & Shakya R. (2008). Family burden in substance dependence syndrome. *Journal of Gandaki Medical College*, 1(1), 51. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de https://www.researchgate.net/publication/228333401_Family_burden_in_substance_dependence_syndrome
- Laport, T. J. (2015). *A intersetorialidade enquanto estratégia de gestão das políticas públicas sobre drogas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora,

- Juiz de Fora. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Tamires-Jord%C3%A3o-Laport.pdf>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levin, J. (1987). *Estatística Aplicada às ciências humanas*. São Paulo: Harbra.
- Li, L., Tuan, N. A., Liang, L., Lin, C., Farmer, S. C., & Flore, M. (2013). Mental health and family relations: Correlated reports from people who inject drugs and their family members in Vietnam. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 1-11. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.06.007
- Lima, R. A. S., Amazonas, M. C. L. A., & Motta, J. A. G. (2007). Incidência de *stress* e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 431-439. doi: 10.1590/S0103-166X2007000400003
- Lima, V. L. A., Souza, M. L., Lemos, T., Serrano, A. I., Agostini, D. M., & Pimenta, A. L. (2015). Comunidades terapêuticas e dependência química: Estudo exploratório sobre a versão da mídia. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 8(2), 122-134. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewArticle/299>
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: Do hospício à Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Loukissa, A. D. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248-255. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb02521.x
- McCarty, D., Argeriou, M., Huebner, R. B., & Lubran, B. (1991). Alcoholism, drug abuse and the homeless. *American Psychologist*, 46(11), 1139-1148. doi: 10.1037/0003-066X.46.11.1139
- Machado, A. R. (2006). *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-6Y7K78>
- Machado, A. R. & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde*, 14(3), 801-821. doi: 10.1590/S0104-59702007000300007
- Maciel, L. D., Zerbetto, S. R., Filizola, C. L. A., Dupas, G., & Ferreira, N. M. L. A. (2013). Consequências e dificuldades da dependência química no âmbito familiar: Uma revisão de literatura. *Rev APS.*, 16(2), 187-196. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1809>
- Maciel, S. C., Melo, J. R. F., Dias, C. C. V., Silva, G. L. S., & Gouveia, Y. B. (2014). Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. *Revista Psicologia*:

- Teoria e Prática*, 16(2), 18-28. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200002
- Magaña, S. M., García, J. I. R., Hernández, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384. doi: 10.1176%2Fappi.ps.58.3.378
- Malik, P., Kumar, N., Sidhu, B. S., Sharma, K. C., & Gulia, A. D. (2012). Impact of substance dependence on primary caretaker in rural Punjab. *Delhi Psychiatry Journal*, 15(1), 72-78. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://medind.nic.in/daa/t12/i1/daat12i1p72.pdf>
- Mangueira, S. O. & Lopes, M. V. O. (2014). Família disfuncional no contexto do alcoolismo: Análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 149-54. doi: 10.5935/0034-7167.20140020
- Mannelli, P. (2013). The burden of caring: Drug users & their families. *Indian Journal of Medical Research*, 137, 636-638. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724243/>
- Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., & Barbosa, D. A. (2012). Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1). doi: 10.1590/S0104-11692012000100022
- Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., Belasco, A., & Barbosa, D. A. (2012). Qualidade de vida e sobrecarga de cuidados em cuidadores de dependentes químicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 7-12. doi: 10.1590/S0103-21002012000900002
- Marin, L. & Queiroz, M. S. (2000). A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: Uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 7-21. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100002
- Marques, A. L. M. & Mângia, E. F. (2009). O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: Apontamentos para a formulação de práticas de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(1), 43-48. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v20i1p43-48
- Matos, M. T. S., Pinto, F. J. M., & Jorge, M. S. B. (2008). Grupo de orientação familiar em dependência química: Uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. *Revista baiana de saúde pública/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*, 32(1), 58-71. Recuperado em 18 de novembro de 2015, de <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/1384>
- Mattoo, S. K., Nebhinani, N., Anil Kumar B. N., Basu, D., & Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: a study from India. *Indian Journal of Medical Research*, 137, 704-711. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724250/>

- Maurin, J. T. & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107. doi: 10.1016/0883-9417(90)90016-E
- Mendéz, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D., & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145. Recuperado em 24 de fevereiro 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314915007>
- Minayo, M. C. S. & Deslandes, S. F. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 35-42. doi: 10.1590/S0102-311X1998000100011
- Miot, H. A. (2011). Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 10(4), 275-278. doi: 10.1590/S1677-54492011000400001
- Moraes, L. M. P., Braga, V. A. B., Souza, A. M. A., & Oriá, M. O. B. (2009). Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 34-42. doi: S1415-27622009000100005
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: Percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133. doi: 10.1590/S1413-81232008000100017
- Moraes, M. M. (2005). *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Recife. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2005moraes-mm.pdf>
- Moreira, T. C. (2015). Qualidade de vida e codependência em familiares de usuários de drogas. *Revista Vozes dos Vales*, 7, 1-16. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de https://www.researchgate.net/publication/277954262_Qualidade_de_vida_e_codependencia_em_familiares_de_usuarios_de_drogas
- Morgado, A. & Lima, L. A. (1994). Desinstitucionalização: Suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1), 19-28.
- Mota, D. C. B. (2011). *Avaliação da implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas em nível municipal*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2504>
- Mota, D. C. B. & Ronzani, T. M. (2013). Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas. In T. M. Ronzani (org.). *Ações Integradas sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas* (pp. 293-324). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Mota, L. A. (2007). Dependência química: problema biológico, psicológico ou social? *Coleção Questões Fundamentais da Saúde*, 12. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/27.pdf>

- Nebhinani, N., Anil, B. N., Mattoo, S. K., & Basu D. (2013). Family burden in injecting versus noninjecting opioid users. *Indian Psychiatry Journal*, 22(2), 138-42. doi: 10.4103/0972-6748.132928
- Oldridge, M. L. & Hughes, C. T. (1992). Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia: An investigation into long-standing problems. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 249-251. doi: 10.1192/bjp.161.2.249
- Oliveira, E. B. & Mendonça, J. L. S. (2012). Familiar com dependência química e consequente sobrecarga sofrida pela família: pesquisa descritiva. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(1). Recuperado em 16 de julho, 2014, de http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3480/html_4
- Organização das Nações Unidas. (2007). *Relatório Mundial sobre Drogas*. Publication Sales No. E. 07.XI.5 ISBN 978-92-1-148222-5.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Edusp.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Relatório sobre a Saúde no Mundo.
- O'Rourke, N. & Tuokko, H. A. (2004). Caregiver Burden and Depressive Symptomatology: The Association Between Constructs Over Time. *Clinical Gerontologist*, 27(4), 41-52. doi: 10.1300/J018v27n04_05
- Payá, R & Figlie, N. B. (2004). Abordagem familiar em dependência Química. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira. *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 339-358). São Paulo: Roca Ltda.
- Paz, F. M. & Colossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551-558. doi: 10.1590/S1413-294X2013000400002
- Pereira, M. G. & Soares, A. J. (2011). Sobrecarga em cuidadores informais de dependentes de substâncias: adaptação do *Caregiver Reaction Assessment*. *Psicologia, saúde & doenças*, 12(2), 304-328. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000200011
- Pereira, M. O., Vargas, V., & Oliveira, M. A. F. (2012). Reflexão acerca da política do ministério da saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das ausências e das emergências. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(1), 9-16. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v8i1p9-16
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 569-580. doi: 10.1590/1413-81232014192.00382013

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(2), 112-128. doi: 10.1093/geronb/58.2.P112
- Pirraglia, P. A., Bishop, D., Herman, D. S., Trisvan, E., Lopez, R. A., Torgersen, C. S., Hof, A. M. V., Anderson, B. J., Miller, I., & Stein, M. D. (2005). Caregiver Burden and Depression Among Informal Caregivers of HIV-infected Individuals. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 510-514. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0073.x
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: Um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315-322. doi: 10.1590/S1413-294X2006000300009
- Raveis, V. H., Karus, D. G., & Siegel, K. (1998). Correlates of Depressive Symptomatology among Adult Daughter Caregivers of a Parent with Cancer. *Cancer*, 83(8), 1652-1663. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19981015)83:8<1652::AID-CNCR22>3.0.CO;2-Q
- Rhee, Y. S., Yun, Y. H., Park, S., Shin, D. O., Lee, K. M., Yoo, H. J., Kim, J. H., Kim, S. O., Lee, R. Lee, Y. O., & Kim, N. S. (2008). Depression in Family Caregivers of Cancer Patients: The Feeling of Burden as a Predictor of Depression. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5890-5895. doi: 10.1200/JCO.2007.15.3957
- Ribeiro, M. B. S, Martins, S. T. F., & Oliveira, L. R. (2009). Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(2), 133-140. doi: 10.1590/S1413-294X2009000200006
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: A critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(2), 67-76. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417\(96\)80069-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417(96)80069-0)
- Sabino, N. D. M. & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 167-174. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200006
- Santos, G. A. T. & Oliveira, M. L. F. (2013). Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Saúde & Transformação Social*, 4(1), 82-89. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3449/2834>
- Santos, R. L., Sousa, M. F. B., Simões-Neto, J. P., Nogueira, M. L., Belfort, T. T., Torres, B., Rosa, R. D. L., Laks, J., & Dourado, M. C. N. (2014). Caregivers' quality of life in mild and moderate dementia. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 72(12), 931-937. doi: 10.1590/0004-282X20140155
- Scaduto, A. A., Barbieri, V., & Santos, M. A. (2014). Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 156-171. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p156-171

- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 12-7. doi: 10.1590/S1516-44462002000100006
- Seadi, S. M. S. & Oliveira, M. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: Um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21(2), 363-378. doi: 10.1590/S0103-56652009000200008
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S., & Cook, S. W. (1987). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais, I*. São Paulo: EPU.
- Sena, E. L. S., Boery, R. N. S. O., Carvalho, P. A. L., Reis, H. F. T., & Marques, A. M. N. (2011). Alcoolismo no contexto familiar: Um olhar fenomenológico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 310-318. doi: 10.1590/S0104-07072011000200013
- Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. A., & Eye, A. V. (2005). Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging and Health*, 17(2), 125-147. doi: 10.1177/0898264304274179
- Shyangwa, P. M., Tripathi, B. M., & Lal, R. (2008). Family Burden in Opioid Dependence Syndrome in Tertiary Care Centre. *Journal of Nepal Medical Association*, 47(171), 113-119. doi: 10.4103/0972-6748.13292
- Silva, M. R. S. (2003). Família de alcoolista: O retrato que emerge da literatura. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 5(1), 9-18. doi: 10.5380/fsd.v5i1.5090
- Siqueira, D. F., Moreschi, C., Backers, D. S., Lunardi, V. L., Filho, W. D. L., & Dalcin, C. B. (2012). Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 17(2), 248-254. doi: 10.5380/ce.v17i2.23518
- Sirari, S., Dhar, D., Vishwakarma, R., & Tripathi, S. (2014). Association between quality of life, depression and caregiver burden in epileptic patients in Haldwani, Uttarakhand, India. *Internal Journal of Current Science*, 10, 54-60. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://www.currentsciencejournal.info/issuespdf/Shiva%20sirari9.pdf>
- Smith, M. J. (2004). Process and Outcome evaluations. In A. R. Roberts & K. R. Yeager. *Evidence-based Practice Manual: Research an Outcome Measures in Health and Human Services* (pp. 606-610). Oxford: University Press.
- Soares, A. J. A. (2009). Variáveis psicossociais e reatividade emocional em cuidadores de dependentes de substâncias. Tese de doutorado. Universidade do Minho, Portugal. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9861>
- Soccol, K. L. S., Terra, M. G., Girardon-Perlini, N. M. O., Ribeiro, D. B., Silva, C. T., & Camillo, L. A. (2013). O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. *Revista Rene.*, 14(3), 549-57. doi: 10.15253/rev%20rene.v14i3.3431
- Soccol, K. L. S., Terra, M. G., Ribeiro, D. B., Teixeira, J. K. S., Siqueira, D. F., & Mostardeiro, S. C. T. S. (2014). O cotidiano das relações familiares com indivíduo

- dependente químico. *Revista Cogitare Enfermagem.*, 19(1), 116-22. doi: 10.5380/ce.v19i1.35967
- Son, J., Erno, A., Shea, D.G., Femia, E. E., Zarit, S. H., & Stephens, M. A. P. (2007). The Caregiver Stress Process and Health Outcomes. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 871-887. doi: 10.1177/0898264307308568
- Song, L., Biegel, D. E., & Milligan, S. E. (1997). Predictors of Depressive Symptomatology Among Lower Social Class Caregivers of Persons with Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 33(4), 269-286. doi: 10.1023/A:1025090906696
- Springate, B. & Tremont, G. (2011). Caregiver Burden and Depression in Mild Cognitive Impairment. *Journal of Applied Gerontology*, 32(6), 765-775. doi: 10.1177/0733464811433486
- Taub, A., Andreoli, S. B., & Bertolucci, B. H. (2004). Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 372-376. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200004
- Tessler, R.C. & Gamache, G.M. (2000). *Family Experiences with Mental Illness*. Westport: Auburn House.
- Thompson, S., Bundek, N. I., & Sobolew-Shubin, A. (1990). The Caregivers of Stroke Patients: An Investigation of Factors Associated with Depression. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(2), 115-129. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb00402.x
- Thorncroft, G. & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental*. Barueri: Manole.
- Thunyadee, C., Sitthimongkol, Y., Sangon, S., Chai-Aroon, T., & Hegadoren, K. M. (2015). Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences*, 17, 412-419. doi: 10.1111/nhs.12205
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. (2006). *World Drug Report 2006*. New York: United Nations Publications. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2006.html>
- United Nations Office on Drugs and Crimes (2014). *World Drug Report 2014*. New York: United Nations Publications. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
- Whitlatch, C. J., Feinberg, L. F., & Sebesta, D. S. (1997). Depression and Health in Family Caregivers. *Journal of Aging and Health*, 9(2), 222-243. doi: 10.1177/089826439700900205
- World Health Organization & World Organization of Family Doctors (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf

- World Health Organization (1993). Programme on substance abuse. Psychosocial impact of substance use on families: a literature review. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/62077>
- Yoon, H. (2003). Factors associated with family caregiver's burden and depression in Korea. *International Journal of Aging and Human Development*, 57(4), 291-311. doi: 10.2190/YM2A-X9E1-YP2P-VFPL
- Zanatta, A. B., Garghetti, F. C., & Lucca, S. R. (2012). O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sob a percepção do usuário. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36, 225-237. Recuperado em 24 de fevereiro de 2017, de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3011.pdf>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zincir, S. B., Sunbul, M., Zincir, S., Sunbul, E., Oguz, M., Cengiz, F. F., Durmus, E., Kivrak, T., & Sari, I. (2014). Burden and Depressive Symptoms Associated with Adult-Child Caregiving for Individuals with Heart Failure. *Scientific World Journal*, 1-6. doi: 10.1155/2014/641817

ANEXOS

ANEXO A**ESCALA BURDEN INTERVIEW (BI)**

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

* No texto, S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

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

1. O Sr./Sra. sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
2. O Sr./Sra. sente que, por causa do tempo que o Sr./Sra. gasta com S, o Sr./Sra. não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?
3. O Sr./Sra. se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr./Sra. se sente envergonhado(a) com o comportamento de S?
5. O Sr./Sra. se sente irritado(a) quando S está por perto?
6. O Sr./Sra. sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr./Sra. sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr./Sra. sente que S depende do Sr./Sra.?
9. O Sr./Sra. se sente tenso(a) quando S está por perto?
10. O Sr./Sra. sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr./Sra. sente que o Sr./Sra. não tem tanta privacidade como gostaria por causa de S?
12. O Sr./Sra. sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr./Sra. está cuidando de S?
13. O Sr./Sra. não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de S?
14. O Sr./Sra. sente que S espera que o Sr./Sra. cuide dele/dela como se o Sr./Sra. fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
15. O Sr./Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?

16. O Sr./Sra. sente que ser incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
17. O Sr./Sra. sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr./Sra. gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr./Sra. se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr./Sra. sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr./Sra. sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr./Sra. se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S**?

ANEXO B**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II)**

(Os itens do inventário não foram anexados para não violar os direitos autorais).

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO ORAL

Ler para o respondente:

“Este é um questionário. O questionário contém grupos de afirmações. Eu lerei um grupo de afirmações; em seguida, gostaria que escolhesse uma afirmação de cada grupo que melhor descreva a forma como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.”

Ao aplicador: em seguida, entregue uma cópia do BDI-II ao respondente e diga:

Ler para o respondente:

“Aqui está uma cópia, para que você possa me acompanhar, enquanto eu leio.”

Ao aplicador: leia todas as afirmações do primeiro grupo e então diga:

Ler para o respondente:

“Agora, qual das afirmações descreve melhor o modo como você tem se sentido durante as duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje?”

ANEXO C

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

PARTE A - DADOS SOBRE O PACIENTE

1. Nome do respondente: _____
2. Entrevistador: _____
3. Instituição: _____
4. Data da entrevista: ____/____/____
5. Local entrevista: _____

A) DADOS DO PRONTUÁRIO

6. Número do prontuário: _____
7. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino
8. Diagnóstico (nome e número do CID-10): _____
9. Tipo de droga utilizada: _____
10. Idade: ____ anos Data de Nascimento: ____/____/____
11. Tipo de tratamento: () 1. Pós-internação () 2. Ambulatório
12. Situação do tratamento: () 1. Em tratamento () 2. Alta () 3. Abandono
() 4. Desligamento

B) DADOS FORNECIDOS EM ENTREVISTA COM O FAMILIAR

Dados clínicos

13. Com que idade (*Nome*) começou a apresentar problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas? ____ anos.
14. Há quanto tempo (*Nome*) ele apresenta este problema? _____
15. Há quanto tempo (*Nome*) faz tratamento para este problema (1ª vez)? _____

***Para pacientes em tratamento (16-A; 17-A; 18-A; 19-A)**

16-A. Há quanto tempo (*Nome*) está fazendo tratamento na (*Nome do Serviço*)? _____

17-A. Além da (*Nome do Serviço*), (*Nome*) faz algum outro tratamento para este problema?

0. () Não 1. () Sim

18-A. **Se sim**, qual tipo de tratamento (*Nome*) está fazendo?

() 1. Medicamentoso () 2. Psicológico () 3. Terapia Ocupacional

() 4. Grupo Mútua Ajuda () 5. Outros _____

19-A. Número de tratamentos que (*Nome*) está fazendo: _____

***Para pacientes que não estão em tratamento (16-B; 17-B; 18-B; 19-B)**

16-B. Por quanto tempo (*Nome*) fez tratamento na (*Nome do Serviço*)? _____

17-B. Atualmente, (*Nome*) está fazendo algum tratamento para este problema? 0. () Não 1. () Sim

18-B. **Se sim**, qual tipo de tratamento (*Nome*) está fazendo?

() 1. Medicamentoso () 2. Psicológico () 3. Terapia Ocupacional () 4. Grupo Mútua Ajuda () 5. Outros _____

19-B. Número de tratamentos que (*Nome*) está fazendo: _____

20. Atualmente, (*Nome*) está abstinente? 0. () Não 1. () Sim

21. **Se sim**, há quanto tempo está abstinente? _____

22. Antes de iniciar o tratamento na (*Nome do serviço*), (*Nome*) já ficou algum tempo sem usar álcool ou outras drogas e depois recaiu? 0. () Não 1. () Sim

23. **Se sim**, quantas vezes ele recaiu? _____

24. Após ter iniciado o tratamento na (*Nome do serviço*), (*Nome*) ficou algum tempo sem usar álcool ou outras drogas e depois recaiu? 0. () Não 1. () Sim

25. **Se sim**, quantas vezes ele recaiu? _____

26. (*Nome*) já fez outros tratamentos, antes deste, para o uso de álcool ou outras drogas? 0. () Não 1. () Sim

27. Quantos tratamentos (*Nome*) fez? _____

28. Já fez algum tratamento na (*Nome do Serviço*) antes? 0. () Não 1. () Sim

29. **Se sim**, quantas vezes? _____

30. Qual tipo de tratamento já fez na (*Nome do Serviço*)? () 1. Residencial () 2. Ambulatorial

31. (*Nome*) já ficou internado (em qualquer serviço)? 0. () Não 1. () Sim

32. Quantas vezes (*Nome*) foi internado? _____

33. Além do uso de álcool ou outras drogas, (*Nome*) tem alguma doença física? 0. () Não 1. () Sim

34. **Se sim**, quais são? _____

35. (*Nome*) faz tratamento para estas doenças físicas? 0. () Não 1. () Sim

36. Além do uso de álcool ou outras drogas, (*Nome*) tem alguma transtorno psiquiátrico?
0. () Não 1. () Sim

37. **Se sim**, quais são? _____

38. (*Nome*) faz tratamento para estes transtornos psiquiátricos? 0. () Não 1. () Sim

Dados sociodemográficos e condições de vida

39. Até que série (*Nome*) estudou? Última série cursada: _____ Classificação (grau): _____

40. Número de anos de escolaridade (em relação ao grau de escolaridade): _____

41. Qual é o estado civil de (*Nome*)?

() 1. Solteiro(a)

() 3. Vivendo como casado(a)

() 5. Viúvo(a)

() 2. Casado(a)

() 4. Separado(a) / Divorciado

42. (*Nome*) vive com companheiro(a)? 0. () Não 1. () Sim

43. (*Nome*) vive com você? 0. () Não 1. () Sim

44. (*Nome*) recebe algum dinheiro? 0. () Não 1. () Sim

45. **Se sim**: Quanto ele recebe? R\$ _____

46. De onde (*Nome*) obtém essa renda? _____

47. (*Nome*) está trabalhando? 0. () Não 1. () Sim

48. **Se sim**, qual é seu trabalho atual? _____

49. (*Nome*) faz alguma coisa fora de casa? 0. () Não 1. () Sim

50. Quais atividades? _____

51. (*Nome*) ajuda nas tarefas de casa? 0. () Não 1. () Sim

52. Quais tarefas? _____

53. (*Nome*) tem alguma atividade de diversão **dentro de casa?** (ex.: ver TV, ouvir rádio, ler, fazer tricô ou crochê, fazer alguma outra coisa) 0. () Não 1. () Sim

54. Quais? _____

55. (*Nome*) tem alguma atividade de diversão **fora de casa?** (ex.: sair para passear, visitar alguém)
0. () Não 1. () Sim

56. Quais? _____

57. (*Nome*) tem um quarto só para ele(a) em casa? 0. () Não 1. () Sim

PARTE B - DADOS DO FAMILIAR

Agora, farei algumas perguntas para poder descrever as características das pessoas que estão participando deste estudo.

Condições de vida

58. Você frequenta alguma das atividades de (*Nome do Serviço*)? 0. () Não 1. () Sim
59. **Se sim**, quais? () 1. Tratamento ambulatorial individual () 2. Grupo de orientação familiar
60. Há quanto tempo você frequenta estas atividades? _____
61. Você já fez algum tratamento na (*Nome do Serviço*) antes? 0. () Não 1. () Sim
62. **Se sim**, quantas vezes? _____
63. Qual tipo de tratamento você fez na (*Nome do Serviço*)?
() 1. Tratamento ambulatorial individual () 2. Grupo de orientação familiar
64. Você frequenta os Grupos de Mútua Ajuda ou outro grupo de orientação? 0. () Não 1. () Sim
65. **Se sim**, com que frequência? () 1. semanalmente () 2. mensalmente
() 3. quinzenalmente () 4. outro: _____
66. Você acha que recebeu informações suficientes sobre o problema de (*Nome*)?
0. () Não 1. () Sim
67. **Se sim**, de quem? () 1. profissionais do (*Nome do Serviço*) () 2. profissionais de saúde ou saúde mental () 3. vizinhos e amigos () 4. igreja () 5. Grupo Mútua Ajuda
() 6. outro: _____
68. Você sente que você tem o apoio dos profissionais do (*Nome do Serviço*) que cuidam (ou cuidavam) de (*Nome*)? (ex.: ter liberdade para chamá-los quando precisar, ajuda nos momentos de crise do (*Nome*)). 0. () Não 1. () Sim
69. Você acha que a ajuda que você recebe (ou recebeu) dos profissionais do (*Nome do Serviço*) é:
() 1. muito insatisfatória () 2. insatisfatória () 3. satisfatória () 4. muito satisfatória
70. Você tem alguma atividade de diversão **dentro de casa**? (ex.: ver TV, ouvir rádio, ler, fazer tricô ou crochê, fazer alguma outra coisa) 0. () Não 1. () Sim
71. Quais? _____
72. Você tem alguma atividade de diversão **fora de casa**? (ex.: sair para passear, visitar alguém)
0. () Não 1. () Sim
73. Quais? _____
74. Atualmente, você tem outras preocupações na sua vida além da necessidade de cuidar de (*Nome*)? 0. () Não 1. () Sim

75. **Se sim**, quais são estas preocupações? _____
76. Existem outras pessoas na casa ou na sua família que estão doentes e que necessitam de sua ajuda? 0. () Não 1. () Sim
77. Número de pessoas que necessitam de sua ajuda: _____
78. Você tem algum problema de saúde atualmente? 0. () Não 1. () Sim
79. **Se sim**, qual problema de saúde? _____
80. Você tem algum transtorno psiquiátrico? (ex.: esquizofrenia, transtorno bipolar, ...) 0. () Não 1. () Sim
81. **Se sim**, qual transtorno psiquiátrico? _____
82. Há crianças morando na mesma casa? 0. () Não 1. () Sim
83. Você pode contar com ajuda de alguma pessoa para cuidar de (*Nome*)? 0. () Não 1. () Sim
84. **Se sim**, quantas pessoas ajudam você a cuidar de (*Nome*)? _____
85. Há quanto tempo você cuida de (*Nome*)? _____
86. Você já se sentiu doente por causa de suas tarefas de cuidar de (*Nome*)? 0. () Não 1. () Sim
87. Quais são os comportamentos de (*Nome*) que o(a) incomodam mais?

Nota ao entrevistador: espere o familiar falar espontaneamente. Depois, verifique as opções abaixo.

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| () agressividade física | () problema de sexualidade | () quebra objetos |
| () ameaças, agressão verbal | () pede atenção demais | () foge para a/ rua |
| () agitação, ansiedade | () recusa o remédio | () tira a roupa |
| () crises de nervo | () álcool/drogas | () gasta muito dinheiro |
| () pede dinheiro/comida na rua | () falta de higiene | () fala sozinho |
| () fuma demais | () é muito dependente | () fica à toa em casa |
| () não ajuda nas tarefas de casa | () fica sem energia, deprimido | () rouba |
| () mentiras, desonestidade | () irritabilidade | () oscilações de humor |

outros: _____

88. Número de comportamentos problemáticos que o paciente apresenta: _____
89. Você acredita que (*Nome*) conseguiria controlar seus comportamentos problemáticos se ele quisesse? 0. () Não 1. () Sim
90. O que você acha do seu relacionamento com (*Nome*)? Você acha que é:
 () 1. muito ruim () 2. ruim () 3. bom () 4. muito bom
91. Você sente alguma satisfação em cuidar de (*Nome*)?
 () 1. nenhuma satisfação () 2. um pouco de satisfação () 3. muita satisfação
92. Você sente atitude negativa das pessoas em relação a você? 0. () Não 1. () Sim

93. Você sente atitude negativa das pessoas em relação a (**Nome**)? 0. () Não 1. () Sim
94. Você tem sentimento de culpa em relação a (**Nome**)? 0. () Não 1. () Sim
95. Você se sente triste por (**Nome**) usar álcool ou outras drogas? 0. () Não 1. () Sim
96. O que é pior (mais difícil ou mais pesado) para você nesta tarefa de cuidar de (**Nome**)?

97. Que tipo de apoio você acha que seria necessário ter para melhorar a vida do (**Nome**) e da família? (qualquer coisa que você necessita e que você gostaria de ter para o paciente ou para você)

Dados sociodemográficos

98. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino
99. Idade: _____ anos. Data de nascimento: ____/____/____
100. Qual é o seu parentesco com (**Nome**)?
 () 1. mãe/pai () 2. irmão(ã) () 3. cônjuge () 4. filho(a) () 5. outra _____
101. Estado civil: () 1. Solteiro(a) () 3. Vivendo como casado(a) () 5. Viúvo(a)
 () 2. Casado(a) () 4. Separado(a) / Divorciado
102. Vive com companheiro? 0. () Não 1. () Sim
103. Você tem filhos? 0. () Não 1. () Sim
104. **Se sim**, quantos filhos? _____
105. Você frequentou ou frequenta a escola? () 0. Não () 1. Sim
106. Grau de escolaridade: _____
107. Número de anos de escolaridade: _____
108. Onde você mora? 0. () Zona rural 1. () Zona urbana
109. Você trabalha atualmente? 0. () Não 1. () Sim
110. O que você faz atualmente?
 () 1. Trabalho diário remunerado () 4. Aposentado () 7. Desempregado

- () 2. Trabalho remunerado não diário () 5. Dona de casa (do lar) () 8. Afastado
() 3. Faz bicos externos esporádicos, remunerado () 6. Está estudando () 9. Pensão

111. Você tem uma renda mensal (você recebe algum dinheiro)? 0. () Não 1. () Sim

112. **Se sim**, quanto você ganha por mês? _____

113. De onde retira esta renda? _____

114. **Se não tem renda**, vive com a renda de quem? _____

115. Além de você, mais alguém possui renda? 0. () Não 1. () Sim

116. Qual a renda mensal da família? _____

Informações sobre o estudo

117. Você gostaria de ser informado sobre os resultados deste estudo? 0. () Não 1. () Sim

118. **Se sim**, como você gostaria de ser informado? () 1. telefone () 2. reunião em grupo

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como voluntário(a) a participar de entrevistas sobre a vivência dos familiares que cuidam de pacientes em atendimento na Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos (APADEQ). Estas entrevistas foram autorizadas pelo presidente da APADEQ, Tarcísio Nonato de Paula, pelo coordenador executivo, José Nazareno de Paula, e pelo coordenador da equipe terapêutica, Jailton Zacarias da Silva. A responsável por este estudo é Fernanda Borges Bessa, mestrande em Psicologia na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

Gostaríamos de contar com a sua colaboração, durante aproximadamente uma hora, para realizarmos uma entrevista sobre as dificuldades que você pode estar enfrentando para cuidar do paciente. Nessa entrevista, faremos perguntas de um questionário sobre os seus sentimentos diante da situação de cuidar do paciente e sobre informações a respeito de suas condições de vida e do histórico da doença e do tratamento do paciente do qual você cuida.

A realização deste estudo pode ter, como benefícios para você, a oportunidade de conversar sobre a sua experiência de cuidador de um paciente com dificuldades relacionadas ao uso de álcool ou drogas, de expressar os seus sentimentos, opiniões e dificuldades sobre esta vivência. Além disso, os resultados deste estudo poderão contribuir para a compreensão das necessidades dos familiares que cuidam de pessoas que utilizam álcool e outras drogas. Essas informações poderão ser relevantes para os profissionais de saúde, de modo a planejarem intervenções mais eficazes para os pacientes e seus familiares.

Consideramos que sua participação pode trazer apenas um desconforto e risco mínimo, que consiste no tempo que você vai se dedicar à entrevista. Porém, caso você sinta desconforto durante a entrevista, poderá interromper e adiar a entrevista para uma outra ocasião se desejar. A fim de preservar a sua privacidade, a entrevista será realizada individualmente em local reservado. Você poderá ter todas as informações que quiser sobre este estudo e poderá retirar seu consentimento e suspender sua participação a qualquer momento se você

desejar. A sua participação é voluntária e sua recusa em participar ou sua desistência em continuar não acarretará em nenhum prejuízo para você ou para o tratamento do paciente.

Pela sua participação no estudo, você não receberá nenhum valor em dinheiro, mas também não terá nenhuma despesa. Apesar disso, caso sejam identificadas e comprovadas despesas provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito de ressarcimento. Seu nome não aparecerá em nenhum momento do estudo, pois você será identificado com um número. Todas as informações prestadas por você serão mantidas somente entre nós; portanto, são sigilosas. A divulgação dos resultados será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

As informações coletadas pelo questionário que será utilizado na entrevista ficarão arquivados no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da Universidade Federal de São João del-Rei por um período de cinco anos em sigilo absoluto. Após esse período, os questionários serão destruídos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li
(nome do voluntário)

e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e como ele será realizado. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não afetará o tratamento do paciente. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e que não receberei dinheiro para participar do estudo. Eu concordo em participar deste estudo.

São João del-Rei, ____/____/2016

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Nome do Pesquisador Responsável: Fernanda Borges Bessa

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74/sala 2.06 LP, Fábricas, São João del-Rei, Minas Gerais, CEP 36.301-160. *Campus Dom Bosco – UFSJ.*

Fone: (35) 9 9111-4646

E-mail: fernandabbessa@gmail.com

Em caso de dúvida em relação a este documento ou aos aspectos éticos desta pesquisa, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPSJ).

Endereço: Praça Frei Orlando, 170, Centro, São João del-Rei, Minas Gerais, CEP: 36307-352. *Campus Santo Antônio – UFSJ.*

Fone: (32) 3373 5479

E-mail: cepes@ufs.edu.br