

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR E HABILIDADES SOCIAIS EM
DEPENDENTES QUÍMICOS: um estudo em um CAPS do interior de Rondônia**

PRISCILA SOARES MOURA

Porto Velho
2019

PRISCILA SOARES MOURA

**PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR E HABILIDADES SOCIAIS EM
DEPENDENTES QUÍMICOS: um estudo em um CAPS do interior de Rondônia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI), da Fundação Universidade Federal de Rondônia-UNIR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa.

Porto Velho
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

M929p Moura, Priscila.

Percepção de suporte familiar e habilidades sociais em dependentes químicos: um estudo em um CAPS do interior de Rondônia / Priscila Moura. -- Porto Velho, RO, 2019.

77 f.

Orientador(a): Prof. PhD Fabio Biasotto Feitosa

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Suporte Familiar. 2.Habilidades Sociais. 3.Dependência Química .
4.Recaídas . I. Feitosa, Fabio Biasotto. II. Título.

CDU 615.015.6

FOLHA DE APROVAÇÃO

PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR E HABILIDADES SOCIAIS EM DEPENDENTES QUÍMICOS: um estudo em um CAPs do interior de Rondônia

PRISCILA SOARES MOURA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI) como exigência parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia

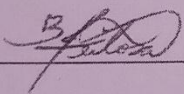
Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Biasotto Feitosa.

Banca examinadora:

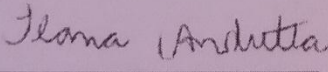
Prof. Dr. Fábio Biasotto Feitosa.
Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI/Unir)

Assinatura:



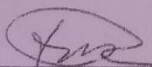
Prof. Dra. Ilana Andretta
Unisinos (PPG Psicologia Clínica)

Assinatura:



Prof. Dr. Tomás Daniel Menéndez Rodríguez
UNIR (PPGMat)

Assinatura:



Dissertação aprovada em: 05/09/2019

*A todas meninas e meninos do campo que
ingressaram em uma universidade.*

GRATIDÃO AO MEU SUPORTE SOCIAL

Agradeço aos meus pais, irmãos, sobrinhos e cunhadas por todo carinho, apoio e compreensão de sempre. Extenso aos meus avós, tios e tias, primos e primas, por estarem sempre me incentivando e torcendo por mim, por todo carinho e afeto.

Agradeço aos meus queridos e amados amigos que cuidam sempre de mim, em especial a Jéssica, Geraldo e Rherison.

Agradeço a Fabiula - a amizade que veio com o mestrado – por sempre me ouvir nos momentos de angústia e estresses do mestrado (rs), e também por dividir momentos de risos e conforto.

Agradeço aos meus queridos alunos e clientes por todo apoio e compreensão durante esses dois anos de mestrado. Essa conquista também é para vocês!!

Agradeço às minhas colegas de trabalho da instituição em que eu leciono, essas que foram minhas professoras durante a graduação, e as novas amizades que fiz nesses dois anos de docência, em especial as minhas lindas Vanessa e Maiara. Obrigada por me abraçarem e acolherem nos momentos difíceis e por poder ter muitos momentos de felicidades compartilhados.

Agradeço ao programa de Pós-graduação em Psicologia-MAPSI, pela oportunidade, e aos professores que compõem o corpo docente.

Agradeço a todos os PROFESSORES que, até hoje, contribuíram com o meu conhecimento. Para mim, será sempre a profissão mais importante.

Agradeço, em especial, ao meu orientador, professor Fabio, que foi de tamanha gentileza, paciência e atenção comigo. Além de me orientar, me ensinou muito quanto a ser assertiva nas orientações com meus alunos.

*Que os nossos objetivos sejam mais valiosos
do que as dificuldades para conquistá-los.*

PRISCILA, Soares Moura. **PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR E HABILIDADES SOCIAIS EM DEPENDENTES QUÍMICOS: um estudo em um CAPS do interior de Rondônia**. 2019. 77f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho-RO, 2019.

RESUMO

O aumento do consumo de drogas e suas consequências são problemas de saúde pública e causa muitos transtornos sociais, econômicos e familiares. Uma das consequências do aumento do consumo de drogas é o aumento de pessoas com Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). Durante o tratamento dos TUS, as relações sociais que expressam apoio, cuidado e carinho são fundamentais para a manutenção e enfrentamento de conflitos, e a família é apresentada pela literatura como uma importante fonte de suporte social, bem como fundamental na inserção e adesão ao tratamento. Porém, a pessoa que tem TUS pode apresentar dificuldades para lidar com situações de conflitos e ter respostas adaptativas, de modo que torna mais vulnerável ao consumo de drogas. Um bom repertório de habilidades facilita a emissão de comportamentos adaptativos e manter relações interpessoais saudáveis, próximas e satisfatórias. Com isso, o presente estudo tem por objetivo analisar as relações entre percepção de suporte familiar e habilidades sociais de dependentes de substâncias psicotrópicas. Trata-se de uma pesquisa quantitativa. Participaram do estudo 100 pacientes, do sexo masculino, com idade entre 18 e 57 anos (média=38, mediana=37,79 e desvio padrão=10,61), casados (42%), baixa escolaridade (47%), sem trabalho (79%), e estavam em tratamento por TUS em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região norte do Brasil. Para a produção dos dados, foram utilizados como instrumentos: Formulário Sociodemográfico e Clínico, Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del Prette). Para análise dos dados, primeiramente os inventários foram corrigidos conforme os critérios estabelecidos em seus manuais. Em seguida, os dados foram distribuídos em planilha do Excel e realizadas análises descritivas para caracterização da amostra (médias, desvio padrão, porcentagem e frequência) e análises inferenciais de correlação. Conforme os resultados, os participantes estão, em média, há 8,48 meses em tratamento no CAPS, incluindo a internação antes do CAPS (63%), sendo que a maioria por dependência do álcool (38%), crack (23%) e maconha (20%), com gravidade moderada de dependência (69%), média de cinco recaídas por participante. Os resultados que mais chamaram a atenção foi a correlação entre *recaídas* e *grau de dependência*, mostrando que quanto maior o *número de recaídas*, maior o *grau de dependência*, e a correlação entre *recaídas* e *tempo no CAPS*, significando que o número de recaídas cresceu conforme o tempo de tratamento no CAPS aumentou. Os resultados mostraram também que os participantes apresentaram baixa percepção de suporte familiar geral e repertório deficitário de habilidades sociais gerais, com pouca correlação entre as dimensões suporte familiar e habilidades sociais. Discutiu-se que o tratamento dos TUS deve considerar vários aspectos, como o grau de dependência, fatores de vida que podem ser preditivos de recaídas e o histórico de recaídas e lapsos. Além disso, o desenvolvimento de estratégias de intervenção precisa considerar as peculiaridades de cada tipo de droga e cada paciente.

Palavras-chave: Percepção de Suporte Familiar. Habilidades Sociais. Dependência química. Recaídas.

PRISCILA, Soares Moura. PERCEPTION OF FAMILIAR SUPPORT AND SOCIAL SKILLS IN CHEMICAL DEPENDENTS: A study in a CAPS in the interior of Rondônia. 2019. 77f. Dissertation (Master's Degree) – Psychology Department, Federal University of Rondônia Foundation, Porto Velho-RO, 2019.

Abstract

The increased of drug use its consequences are public health problems and causes many social, economic and familiar disorders. One of the consequences of the increased of drug use is the increase of people with substance use disorder (TUS). During the treatment of TUS the relationship that express support, care and affection are fundamental to the maintenance and conflict coping, and the family is presented by literature as a important social support source as well as fundamental insertion and adherence to treatment. However the carrier of TUS may have difficulty handling conflict situations and have adaptive responses, so that makes it more vulnerable to drug use. A good skill repertory facilitates the emission of adaptive behaviors, maintain healthy interpersonal relationships, close and satisfactory. With this the present study aims to analyze the relationships between family support perception and social skills of psychotropic substance dependent. It is a quantitative research. Participated of the study 100 patients, male, with ages between 18 and 57 (average=38, median=37,79 and standard deviation=10,69) married (42%), low education level (47%), jobless (79%), and were being treated for TUS on a Psychosocial Care Center (CAPS) from north of Brazil, For data production, the following instruments were used: Sociodemographic form and clinical, Family Support Perception Inventory (IPSF), and Social Skills Inventory 2 (IHS 2-Del Prette). For data analysis, the inventories were first corrected according to the criteria established in their manuals. Then the data was distributed in an Excel spreadsheet and descriptive analysis were performed to characterize the sample (averages, standard deviation, percentage and frequency) and inferential analysis of correlation. According to the results, the participants have been on average for 8,48 months in treatment on CAPS, including the hospitalization before CAPS (63%), Most of them by alcohol dependence (38%), crack (23%) and marijuana (20%), with moderate severity of dependence (69%), average of five relapses per participant. the results that caught the most attention was the correlation between relapses and degree of dependence, and the correlation between relapse and time in CAPS, meaning the number of relapses Grew as the time of treatment in CAPS increased. The results also showed that participants had low perception of general family support and poor repertory of general social skills, with little correlation between family support dimensions and social skills. It was discussed that the treatment of TUS should consider several aspects, like the degree of dependence, life factors that may be predictive of relapses, and the historic of relapses and lapses. In addition, the development of intervention strategies needs to consider the peculiarities of each drug type and each patient.

Keywords: Family Support Perception. Social Skills. Chemical Dependence. Relapses.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Critérios definidos pelo DSM-V para dependência química.....16

Quadro 02 - Diretrizes diagnósticas para síndrome de dependência conforme a CID-10.....17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos referentes a escolaridade, ao estado civil e trabalho.....	36
Tabela 2 - Resultados quanto a morar acompanhado ou não, com quem mora, filhos e quantidade de filhos.....	37
Tabela 3 - Resultados relacionados ao tempo de tratamento no CAPS.....	37
Tabela 4 - Resultados relacionados a modalidade de tratamento antes do CAPS e tipo de droga.....	38
Tabela 5 - Resultados relacionados ao grau de dependência.....	39
Tabela 6 – Número de recaídas por tipo de drogas.....	39
Tabela 7 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	39
Tabela 8 – Descrição da pontuação dos fatores e na escala total do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)	40
Tabela 9- Descrição da pontuação dos fatores e na escore geral do Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del Prette)	41
Tabela 10 – Correlações entre as variáveis percepção de suporte familiar e habilidades sociais.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IEGA	Inventário dos Esquemas de Gênero de Autoconceito
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
INPAD	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
LENAD	Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SSQ	Questionário de Suporte Social
SSQ	Questionário de Suporte Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THS	Treino em Habilidades Sociais
TUS	Transtornos por Uso de Substâncias
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNODCCP	Nações Unidas de Combate às Drogas e Crimes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS).....	15
3	SUORTE SOCIAL: a importância da família diante do tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias.....	20
4	HABILIDADES SOCIAIS: implicações com a dependência química.....	26
5	MÉTODO.....	30
5.1	Participantes.....	30
5.2	Instrumentos.....	30
5.2.1	Formulário Sociodemográfico e Clínico.....	30
5.2.2	Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)	31
5.2.3	Inventário Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del Prette)	31
5.3	Procedimentos.....	33
5.4	Análise dos resultados.....	35
6	RESULTADOS.....	36
7	DISCUSSÃO.....	43
7.1	Dados sociodemográficos e clínicos.....	43
7.2	Correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	47
7.3	Percepção de suporte família e a dependência química.....	49
7.4	Repertório de habilidade sociais e a dependência química.....	51
7.5	Correlações entre percepção de suporte familiar e habilidades sociais.....	53
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	APÊNDICE-B FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	
	APÊNDICE C- CARTA DE APRESENTAÇÃO	
	APÊNDICE D-CARTA DE ANUÊNCIA	
	ANEXO A- PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISA	

1 INTRODUÇÃO

O uso e abuso de substâncias psicotrópicas é uma problemática que perpassa gerações e, conforme as décadas se passaram, o olhar para essa questão foi mudando e se reformulando. Em épocas mais antigas, as drogas eram usadas em rituais religiosos, por exemplo, já nos anos de 1980, as drogas eram usadas entre os jovens como um símbolo de liberdade. Atualmente, há grande preocupação com a população de dependentes químicos, principalmente de drogas ilícitas, uma vez que afeta diversas áreas da vida do sujeito, trazendo consequências a toda família (MARTINS; CORRÊA, 2004).

A dependência química causa relevantes impactos na vida dos usuários, com perdas psíquicas, físicas e comportamentais, e, sobretudo, em suas relações familiares e sociais (GABATZ *et al.*, 2013b). Na vida familiar, os prejuízos ocorrem no âmbito das relações, uma vez que os membros da família mais próximos do usuário acabam sendo afetados e muitas vezes não têm conhecimento suficiente para lidar com a situação; e na vida social as relações acabam sendo estreitadas e muitos amigos se afastam. Também há prejuízos no trabalho, no qual o usuário acaba se ausentando do trabalho, não tem a produtividade de antes, e devido ao seu quadro de saúde, necessita de serviços de saúde de alta complexidade. (GABATZ *et al.*, 2013a).

Segundo Gabatz *et al.* (2013b), a dependência química é responsável pela perda de bens materiais, da perda de emprego, de rompimento dos vínculos familiares, como também traz malefícios à saúde. Os usuários têm dificuldades de manter relacionamentos parentais e conjugais, uma vez que eles têm a tendência de substituir os relacionamentos sociais pelo relacionamento com a droga.

A dependência química é vista como um problema de saúde pública e, historicamente, houve mudanças na forma como é tratada, bem como diagnosticada. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, se constituiu muito além da mudança nos modelos assistenciais e na oferta de novos serviços, consistindo em mudanças de ordem ética, ideológica, política e das concepções de clínica e reabilitação, já que se trata de uma alteração da resposta social àqueles que vivem em sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2002).

Com isso, uma das mudanças está relacionada com o papel que é dado à família e à convivência social mediante o tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), por exemplo. A família e a convivência social ganharam devido valor no que diz respeito ao tratamento de pessoas com transtorno mental, tendo em vista a importância de não só tratar a

doença, mas também recolocar o sujeito em sociedade, principalmente junto a família (TENÓRIO, 2002).

Os autores Mello e Lima de Paulo (2012) salientam que as ações voltadas para as famílias de sujeitos que tenham algum transtorno psiquiátrico, seja ele qual for, precisam ser estruturadas de forma a potencializar e favorecer a relação “familiar/profissional/serviço”, tendo a família como indispensável e singular para o cuidado voltado ao sujeito em sofrimento.

Dessa forma, o consumo de drogas pode ser discutido a partir do papel que a família terá no tratamento. O apoio familiar se apresenta de suma importância no tratamento de dependência química, tendo a família como ponto de apoio, demonstrando confiança e amparo, por exemplo, o dependente químico terá mais êxito no seu tratamento, sendo a família um fator de proteção (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

Estudos apontam os impactos que o consumo de substâncias psicotrópicas causam na família e na relação familiar, havendo a necessidade de aplicação de estratégias que atendam a família, como prevê a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009; LIMA; MÂNGIA, 2015; NIMTZ *et al.*, 2014).

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas prevê o desenvolvimento de ações que incluam os familiares, destacando-se aquelas que visam reduzir fatores de segregação sociofamiliar, priorizam o desenvolvimento de fatores de proteção e redução de riscos, assim como o cuidado dirigido aos familiares (BRASIL, 2004). Tais ações colocam a família como parceira e ampliam seu papel no cuidado psicossocial e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares (ROSA, 2013).

Conforme Macedo *et al.* (2018) apontam, há duas vertentes teóricas acerca do apoio social no tocante a recuperação de pessoas com transtornos mentais. Uma defende o apoio social como mediador de eventos estressantes e a outra afirma que sem apoio social estamos mais sujeitos a desenvolver transtornos mentais.

O apoio social, a capacidade de resolver dificuldades e a capacidade de resistência à pressão social, são tidos como fatores primordiais de proteção quanto ao início do uso de substâncias psicoativas (OMS, 2004). E, considerando que bom repertório de habilidades sociais é fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis, bem como um bom ajustamento psicossocial, ter habilidades sociais possibilita emitir comportamentos adaptativos, facilitando o relacionamento familiar e com a comunidade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Da mesma forma, o repertório de habilidades sociais e a competência social deficitários dificultam o estabelecimento de relacionamentos sociais satisfatórios, podendo ser um dos

fatores de risco para transtornos psicológicos e comportamentos desadaptados (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Diante da necessidade de estudos específicos acerca das peculiaridades envolvidas na dependência química, em virtude da sua complexidade e variedade de dimensões que podem afetar o início do uso de substâncias psicotrópicas, bem como o seu tratamento e prevenção de recaídas, optou-se, nesta pesquisa, como objetivo central analisar as relações entre percepção de suporte familiar e habilidades sociais de dependentes de substâncias psicotrópicas.

Objetivos específicos: levantar os dados sociodemográficos e clínicos de dependentes de substâncias psicotrópicas; identificar a percepção de suporte familiar de dependentes de substâncias psicotrópicas; identificar o repertório de habilidades sociais de dependentes de substâncias psicotrópicas; identificar correlações entre habilidades sociais e a percepção de suporte familiar de dependentes de substâncias psicotrópicas; e estudar o suporte familiar como uma estratégia de enfrentamento à recaída por uso de substâncias psicotrópicas.

Com isso, pretende-se verificar a seguinte hipótese: pacientes com mais habilidades sociais podem demonstrar e/ou solicitar mais ajuda familiar durante o tratamento para dependência química, apresentando maior percepção quanto ao suporte familiar, uma vez que conseguem, de forma assertiva, mostrar que precisam de ajuda e conquistar melhor adaptação social.

2 TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS)

De acordo com o Relatório Mundial do Escritório da Organização das Nações Unidas de Combate às Drogas e Crimes (*United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention* - UNODCCP, 2006), realizado com pessoas entre 15 e 64 anos, de ambos os sexos, 5% da população faz uso regular de algum tipo de substância ilícita, cerca de 200 milhões de pessoas. O álcool é a substância lícita mais consumida, em seguida é o tabaco.

Foi constatado pelo Relatório Mundial sobre Drogas de 2007, da Organização das Nações Unidas (ONU, 2007) que, no Brasil, houve aumento de 2% no consumo de maconha entre 2001 (1%) e 2005 (3%) e de consumo de cocaína no mesmo período, de 0,4% para 0,7%.

Segundo o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, em 2005, cerca de 22,8% dos entrevistados fazem uso de alguma droga, exceto álcool e tabaco, sendo a maioria do sexo masculino. A substância mais consumida, constatada pela amostra, é o álcool, com 74,6%, destes, 12,3% foram diagnosticados como dependentes, e o tabaco aparece em segundo lugar, com 40%, sendo 10,1% de dependentes. No que diz respeito às substâncias ilícitas, a maconha representa 8,8% do consumo, seguida dos solventes, 6,1%, benzodiazepínicos, 5,6%, cocaína, 2,9%, e crack, 1,5% (CARLINI *et al.*, 2007).

No mesmo estudo, dados da região norte, estima-se que 14,4% dos entrevistados usam algum tipo de droga, exceto álcool e tabaco, sendo a menor estimativa do país e semelhante à região sul, com 14,8%. Das drogas ilícitas, a maior prevalência de consumo é a maconha, 4,8%, solventes, 2,3%, e cocaína, 1,3%. Das drogas lícitas, o álcool teve maior prevalência entre os consumidores da região, com 53,9%, seguido do tabaco, 37% e orexígenos (medicamento para estimular o apetite), 5%. Quanto à dependência, a região norte apresentou a menor estimativa do país para a dependência de álcool, 8,7%, e tabaco, 8,1%.

O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) realizou, entre 2012 e 2013, o II Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD). Segundo o estudo, na população, 5,7% dos brasileiros são dependentes de algum tipo de droga ilícita. O estudo traz dados importantes acerca do perfil da família dos dependentes de álcool e/ou outras drogas, dos quais 80% dos parentes próximos são mulheres, destes, 46, 5% são as mães, e 66% das mães são as responsáveis pelo tratamento. (LARANJEIRA *et al.*, 2017).

Outros dados relevantes da pesquisa dizem respeito ao tempo médio que a família leva para perceber que um de seus membros está fazendo uso de alguma droga, que é 8,8 anos, e a

percepção dá-se pela mudança de comportamento, tais como agressividade, indiferença, alienação. O tempo médio que a família leva para buscar tratamento, após a descoberta do uso/abuso de drogas, é de três anos, porém, o álcool apresentou um tempo bem mais elevado, de sete anos.

A dependência de substâncias psicotrópicas sofre influência de fatores psicológicos, sociológicos e culturais, e os mesmos desempenham um importante papel na causa, curso e resultados do transtorno (FIGLIE; FONTES; MORAES; PAYÁ, 2004). Os motivos que levam uma pessoa a experimentar uma droga são diversos: curiosidade, interesse em vivenciar novas experiências, bem como aliviar a dor e o sofrimento, estes que se mantêm após a dependência (BRAJEVIC-GIZDIC; MULIC; PLETIKOSA; KLJAJIC, 2009).

Alguns fatores de risco são considerados, no que diz respeito ao início do consumo de substâncias psicotrópicas e, na maioria das vezes, levam à dependência, tais como a dependência de um membro da família ou ruptura familiar, disponibilidade de drogas e cultura do círculo de amigos (OMS, 2004).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o TUS “consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância” (APA, 2014, p. 483). Para o seu diagnóstico, é preciso que o indivíduo apresente comportamentos frente ao uso da substância que indique um padrão patológico.

O Quadro 01 apresenta os critérios que devem ser satisfeitos para o TUS, conforme o DSM-V (APA, 2014):

Quadro 01- Critérios definidos pelo DSM-V para Transtornos por Uso de Substâncias

Critérios diagnósticos para Transtornos por Uso de Substâncias

Um padrão problemático de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por dois (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- (1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
 - (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
- (2) Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - (a) síndrome de abstinência característica para a substância;
 - (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- (3) Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
- (4) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

(5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos

(6) Problemas legais recorrentes relacionados ao uso de substâncias.

(7) Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa

(8) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.

(9) Importantes atividades sociais, profissionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

(10) Uso recorrente da substância em situação nas quais isso representa perigo para a integridade física.

(11) O uso da substância é mantida apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.

Fonte: Adaptado de DSM-V (APA, 2014, p. 483-484).

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), o diagnóstico de dependência só pode ocorrer se três ou mais diretrizes, abaixo, apareceram no último ano em algum momento:

Quadro 02 - Diretrizes diagnósticas para síndrome de dependência conforme a CID-10

Diretrizes diagnósticas para síndrome de dependência conforme a CID-10

a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;

b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;

c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

d) evidência de tolerância de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;

e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;

f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (...); deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

Fonte: Adaptado de CID-10 (OMS, 1993, p. 74-75).

Pode-se perceber que os critérios de ambos os manuais são abrangentes e visam caracterizar e mapear o comportamento de uso de substâncias psicotrópicas, levantar os prejuízos causados na vida do sujeito, bem como classificar o transtorno em leve, moderado e grave, conforme os critérios atendidos.

O lapso é entendido como um “escorregão”, consumo da droga sem que atinja os níveis anteriores de consumo. Quando a pessoa em abstinência, por pelo menos dois meses, acaba

consumindo a droga novamente no mesmo nível que antes da abstinência, é considerado que houve uma recaída (SILVA; LARANJEIRA, 2006)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em conformidade com a busca de novos paradigmas da Psiquiatria, além de definir uma nova política de recursos humanos, fixou uma política voltada para questões acerca do álcool e outras drogas, como a estratégia de redução de danos e a rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual proporcionou componentes com o objetivo de contribuir no tratamento de usuários de álcool e outras drogas, sendo o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços hospitalares especializados para essa população (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas) (BRASIL, 2017, p. 01).

Com isso, após a avaliação e diagnóstico de TUS, cabe à equipe avaliar também qual é a melhor modalidade de tratamento e, se necessário, indicar mais de uma modalidade. A RAPS hoje conta com os seguintes serviços de atenção à pessoa com transtorno mental: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (BRASIL, 2017).

As diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), considerando o crescimento populacional de usuários de drogas no Brasil, sofreram algumas alterações com o intuito de promover ações que atendam as demandas sociais dessa população. Dentre as principais mudanças, encontra-se “o poio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas”. (BRASIL, 2018).

O texto salienta ainda que as “estratégias de tratamento não devem se basear apenas em Redução de Danos, mas também em ações de Promoção de Abstinência, Suporte Social e Promoção da Saúde”, bem como as “ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas” e “fomento à pesquisa deve se dar de forma

equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação”. (BRASIL, 2018).

Nota-se que as mudanças sofridas nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas visa o fortalecimento da rede de assistência tendo o apoio ao paciente e sua família, como também estabelece que o suporte social é uma estratégia de tratamento. Estudos demonstram que o sucesso do tratamento relacionado ao uso de substâncias está relacionado com a adequada intervenção dos familiares, seja na prevenção ao uso de drogas, seja na prevenção a recaídas (AZEVEDO; SILVA, 2013; SOARES *et al.*, 2014; NIMTZ *et al.*, 2014; COSTA, 2015).

No estudo de Azevedo e Silva (2013), que objetivou analisar a importância da família para o usuário de droga sob a perspectiva do familiar e do usuário, verificou que 40% dos familiares acreditam que o meio onde o usuário vivia contribuiu para o início do consumo; 84% dos familiares afirmaram que o apoio familiar durante o tratamento é fundamental e, quando ocorre recaídas, 96% oferecem ajuda. Os usuários afirmaram, em 32,1%, que o principal motivo do início do uso da droga, foi pela falta de apoio familiar; 62,3% acreditam ser fundamental o apoio durante o tratamento; e 55,8% consideram o apoio familiar fundamental para voltar ao tratamento.

Sem dúvida, a família exerce papel fundamental diante do tratamento de TUS, bem como é uma estratégia protetora diante do início do uso de drogas. Porém, deve-se observar que, assim como o dependente químico tem necessidade de seu apoio, a família também deve ser amparada e fortalecida para que, assim, tenham condições de prestar o suporte tão necessário durante o tratamento do TUS.

3 SUPORTE SOCIAL: a importância da família diante do tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias

Conforme Schenker e Minayo (2004) salientam, a família é considerada como uma instituição protetora de grande potencial e que alguns autores entendem o contexto familiar como um sistema no qual todos os seus membros estão interligados, de modo que a mudança em um membro implica mudanças em todos os demais membros, pois são todos agentes desse fenômeno. Assim, o sujeito deve ser compreendido não só no seu contexto subjetivo, mas também no contexto familiar.

O suporte social e familiar é muito importante para o estabelecimento de bem-estar emocional, psicossocial e físico, o que extrapola a prevenção de doenças. Podendo, assim, ser uma estratégia rica para a diminuição de fatores que dificultam e comprometem o estabelecimento de cuidado (MACEDO *et al.*, 2018).

Pode-se caracterizar o suporte social como um processo pelo qual as pessoas e os grupos interagem por meio do contato genuíno, estabelecendo vínculos que podem ser de informação ou de amizade, de modo a lhes proporcionar apoio emocional, material, afetivo, bem como contribuir para o bem estar, assumindo um papel de prevenção e de manutenção à saúde. O suporte social também é crucial na mediação de eventos estressores, como a perda de um ente querido, o desemprego e a ação de despejo, por exemplo, uma vez que permite às pessoas contornarem a possibilidade de adoecimento devido aos estressores (PIETRUKOWICZ, 2001).

Para Aragão, Milagres e Figlie (2009), o suporte social é um conceito muito importante da Psicologia da Saúde, e é apresentado na literatura com conceituações e subdivisões diferentes, nos quais não apresentam consenso entre os autores acerca de suas categorias e suas fontes. Desse modo, serão apresentadas as conceituações e subdivisões acerca do suporte social conforme a literatura apresenta-nos.

Segundo Antunes e Fontaine (2005), suporte social é tudo que possibilita o sujeito sentir-se amado, cuidado, seguro, estimado e valorizado, sendo um suporte prático ou emocional, na qual a família e/ou amigos oferecem por meio da companhia, do afeto, da informação e da assistência.

Conforme o sujeito sente-se acolhido, aceito, cuidado pelas pessoas a sua volta, gera um grau de significação para ele, de modo que o suporte social desempenha o papel de mediador entre o estresse e a saúde. Assim, o estresse proveniente do adoecimento é controlado e até mesmo reduzido, uma vez que o estresse está sendo mediado pela relação entre a rede social e o sujeito doente (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009, p. 83).

Cada vez mais, os psicólogos estão cientes da importância das relações interpessoais no manejo dos estressores, de modo a propiciar saúde mental e física. “[...] O apoio social habilita o indivíduo a lidar com os eventos e condições estressoras funcionando como agente protetor da saúde” (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009, p. 80).

Assim, Ribeiro (1999) apresenta o suporte social como de suma importância diante de situações-problema, dividido em suporte social psicológico, entendido como o fornecimento de informações, e o suporte social não psicológico, que consiste no suporte tangível ou descrito, apresentado por um comportamento específico que demonstre suporte, e o suporte social avaliado, ou seja, quando o comportamento de suporte percebido é avaliado como satisfatório e que serviu de ajuda.

O suporte social também pode ser dividido em formal e informal. Entende-se por suporte social formal aquele oferecido por uma instituição, como serviços de saúde, hospitais, e os profissionais, como psicólogos, enfermeiros, médicos e outros. Já o suporte social informal consiste nas redes sociais mais próximas ao sujeito, podendo ser a família, parentes próximos, amigos, vizinhos, entre outros (MILLER; JEFF-DARLINGTON, 2002).

Esse suporte social sugere ao sujeito a informação de que ele é uma pessoa amada, querida, estimada e pertencente à determinada rede social com compromissos recíprocos, além de fornecer subsídios para o sujeito satisfazer-se com a qualidade e a disponibilidade das funções desempenhadas pelo suporte social (CHOR; GRIEP; LOPES; FAERSTEIN, 2001).

De acordo com Duarte (2001), o suporte social é dividido em dois grupos: os primários, constituídos por membros que o sujeito não escolhe, como a sua própria família, a localização geográfica onde nasceu (país, continente) e até mesmo o momento histórico; e os grupos secundários, são representados pelas escolhas que o sujeito faz diante dos grupos primários aos quais pertence, como a escolha do partido político, a escolha de amigos, os clubes que irá frequentar, entre outros.

Para Simão (2003), o suporte social é entendido por meio de três diferentes categorias: tangível ou instrumental, que consiste na ajuda doméstica ou financeira; emocional, quando o sujeito se sente pertencente a um grupo, sendo importante para a manutenção da saúde; e informativo, que se refere às expectativas que o sujeito tem acerca de orientações e informações em diferentes contextos.

O suporte social é subdividido em três fontes principais: a família ou pessoas importantes da rede social, podendo ser vizinhos e amigos; os profissionais que oferecem cuidado, como psicólogos, enfermeiros e médicos; e a religião, com seus membros que oferecem apoio, como os padres e as irmãs (SEIDL *et al.*, 2005).

Segundo Hupcey (1998), o suporte social é constituído por três pilares: a forma como o sujeito avalia o suporte social recebido, as redes de apoio e os comportamentos de apoio. Para o autor, as pesquisas voltam-se mais para o pilar suporte social percebido, deixando de lado outros construtos, como a reciprocidade e as interações entre os sujeitos e a rede de apoio, satisfação com o apoio, as interações negativas, bem como as percepções e as características de quem oferece o apoio. Porém, o suporte social deve ser entendido como fenômeno interpessoal.

Por mais que haja uma diversidade de definições e construtos acerca do suporte social, há consenso entre os autores quanto ao seu caráter multidimensional, na qual aspectos diferentes apresentam impactos diferentes nos sujeitos e nos grupos (RIBEIRO, 1999), bem como suporte social também está relacionado com várias medidas ligadas à saúde, como o senso de bem-estar psicológico e estabilidade, percepção de controle e comportamentos que indicam aderência a tratamentos de saúde. Além disso, existem evidências de que o suporte social é um dos fatores que contribui para a diminuição do impacto de eventos estressores (CHOR; GRIEP; LOPES; FAERSTEIN, 2001).

Em sua maioria, as pesquisas visam ao estudo da relação entre suporte social com o nível de estresse presentes nos sujeitos e/ou o bem-estar psicológico, na qual o suporte social apresenta-se como um dos fatores que reduz os impactos oriundos dos eventos estressores (ANTUNES; FONTAINE, 2005). Singer e Lord¹ (1984 *apud* RIBEIRO, 1999, p. 550) apresentam quatro categorias de efeitos do suporte social na saúde:

- 1- *O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress* – Agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o stress afecte negativamente o indivíduo, enquanto a fraca afirma que o stress afecta toda a gente, mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. O suporte social é visto como mediador ou moderador do stress;
- 2- *A não existência de suporte social é fonte de stress* – Considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de stress;
- 3- *A perda de suporte social é um stressor* – Considera que se tem suporte social e se o perde o stress surge;
- 4- *O suporte social é benéfico* – É uma perspectiva de certo modo oposto às anteriores, no sentido em que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fontes de stress.²

Os autores Gonçalves, Pawlowski, Bandeira e Piccinini (2011) analisaram diferentes estudos acerca do suporte social e o processo saúde-doença. Os estudos apontaram a

¹ SINGER, J. E.; LORD, D. The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), **Handbook of psychology and health**. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. V.4, p. 269-278, 1984.

² Trecho extraído de uma obra escrita no Português de Portugal.

importância das relações sociais, apoio social ou rede de apoio para a saúde mental e física dos sujeitos, tendo esses aspectos como fatores de promoção e proteção à saúde, bem como no que diz respeito ao enfrentamento de circunstâncias particulares (doenças agudas e crônicas), crise do desenvolvimento, estresse e vulnerabilidade física e social.

Muitos destes estudos debruçaram-se sobre duas hipóteses acerca de como o apoio social relaciona-se com a saúde dos sujeitos. A primeira diz respeito às teorias do Efeito *Buffer* (amortecimento), na qual entende o apoio social como moderador do impacto causado pelo estresse, e a segunda teoria é do Efeito Principal, essa “considera que o apoio exerce efeitos diretos e indiretos sobre a saúde dos indivíduos, reforçando o senso de controle sobre a própria vida” (GONÇALVES; PAWLOWSKI; BANDEIRA; PICCININI, 2011, p. 1759).

Em vista a importância do suporte social como estratégia de enfrentamento de eventos estressores, e considerando que o suporte social apresentado e o suporte social percebido são diferentes, como já mencionado anteriormente, faz-se necessário retornarmos ao segundo, uma vez que a presente pesquisa se direciona para a forma pela qual o dependente químico percebe o suporte social informal, mais especificamente de familiares mais próximos, como os pais e irmãos.

A disponibilidade de suporte social é muito importante, porém deve-se considerar a forma como ele é percebido por quem o recebe ou se é percebido como satisfatório ou não. Destarte, o suporte social pode ser entendido também por meio da medida que ele apresenta para quem o recebe, de modo que a percepção e a satisfação são dimensões cognitivas importantes para o aumento do bem-estar psicológico. É evidente a importância da percepção de que o suporte social está sendo oferecido, uma vez que pode ser decisivo na forma como o sujeito irá comportar influenciado por esse suporte, no que diz respeito aos recursos que serão utilizados (RIBEIRO, 1999).

Para Aragão, Milagres e Figlie (2009, p. 85), “a percepção do suporte social apresenta-se como um fator de influência sobre os diferentes comportamentos dos indivíduos”. Esta percepção influencia no desenvolvimento de saúde psicológica e física, uma vez que exerce influência na maneira como o sujeito irá comportar-se diante dos acontecimentos da vida. Assim, o sujeito que se sente amado, protegido, valorizado e pertencente a uma rede social, percebe nas interações uma forma de apoio social, bem como o sentimento de que é uma pessoa especial e importante (SECO *et al.*, 2005).

O estudo de Ferreira (2013, p. 109) avaliou a relação entre suporte social e estigma internalizado entre dependentes de crack. Para a realização do estudo, 114 dependentes de crack em vulnerabilidade social foram entrevistados, com idade média de 36,5 anos e 74% eram

pessoas em situação de rua. Os resultados não apontaram correlações entre as variáveis suporte social e estigma internalizado. Porém, “os resultados revelaram que as fontes de suporte parecem ter um importante papel para a forma com que os dependentes de crack percebem a sua condição de saúde e a forma com que veem a si próprios”.

Do mesmo modo que o suporte social se faz importante no processo de estabelecimento da saúde, diante de situações estressantes, ele também contribui com o sentimento de mais valia diante das pessoas do convívio do sujeito, o suporte familiar também é imprescindível. A família deve ser compreendida considerando-se a sua dinâmica, os fatores psicológicos, socioculturais, orgânicos e espirituais inerentes a cada uma (NIMTZ *et al.*, 2014).

No processo de desenvolvimento do sujeito, a família atua como fator protetivo às drogas, no enfrentamento a problemas comportamentais e emocionais e pode contribuir com a redução à exposição a situações estressoras (VARGAS; BITTENCOURT; ROCHA; OLIVEIRA, 2013).

A interação dos membros da família em seus respectivos papéis determina a qualidade da estabilidade das relações familiares. A conquista da estabilidade é influenciada pela capacidade de seus membros controlarem seus conflitos internos e relacionais. Assim, a família desempenha um papel crucial no processo de desenvolvimento dos que a constituem, é ela quem apresenta e estabelece as ligações emocionais, comunicacionais e afetivas entre seus membros e nas relações sociais, sendo um dos principais fatores de risco ou proteção no envolvimento dos mesmos com drogas (ZACHARIAS GARCIA; PETRY; BRINGMANN; SKOLAUDE, 2011, p. 23).

A percepção do suporte familiar está relacionada com a diminuição de efeitos de situações que produzem estresse, bem como baixos níveis de ansiedade, somatizações e depressão (COSTA; LUDERMIR, 2005). No processo de desenvolvimento do sujeito, ela atua como fator protetivo às drogas, no enfrentamento a problemas comportamentais e emocionais e pode contribuir com a redução a exposição a situações estressoras (VARGAS BITTENCOURT; ROCHA; OLIVEIRA, 2013).

Conforme Schenker e Minayo (2004, p. 03), o indivíduo inserido numa rede de relações, vive no contexto sociocultural e histórico e tem a família como papel crucial “quando cuidadora, afetiva, amorosa e comunicativa, possui mais chances de promover condições de possibilidades para o desenvolvimento saudável dos filhos”.

Com isso, Dessen e Braz (2000) afirmam que é necessário considerar a complexidade e diversidade inerentes aos apoios recebidos e percebidos e das redes sociais na realização de pesquisas que pretendem tratar sobre as redes de apoio social e, para eles, as transições familiares, uma vez que permitirão um entendimento mais preciso acerca dos efeitos do suporte social.

Diante do exposto, é certa a necessidade e a importância da família como suporte durante o tratamento dos TUS, bem como um importante mecanismo de enfrentamento frente as situações-problemas, em que a família, como primeira rede social, serve de apoio quando surgem as dificuldades, como também é com ela que iniciamos a aprendizagem de comportamentos, como saber dizer não, expressar opiniões e solicitar ajuda de forma assertiva.

4 HABILIDADES SOCIAIS: implicações com a dependência química

Habilidade social é definida por Caballo (2003) como sendo formada por um conjunto de comportamentos produzidos pelo sujeito em determinado contexto interpessoal que expressa atitudes, opiniões, sentimentos, desejos ou direitos desse sujeito conforme a situação. O foco dos estudos teórico-práticos em habilidades sociais compreende a investigação das relações interpessoais e do comportamento social dos indivíduos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

As habilidades sociais são agrupadas em algumas classes de comportamentos, como: iniciar, manter e encerrar uma conversa; expressar pedidos sem que haja conflito; recusar pedidos; responder a críticas; fazer e receber elogios; expressar sentimentos; expressar opiniões pessoais; defender o próprio interesse; convidar alguém para um encontro; saber conversar com uma pessoa que está contando um problema (FALCONE, 2000).

Considerando-se a classe geral das habilidades sociais, é importante reconhecer que, como qualquer comportamento, trata-se de um constructo, inferido das relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, onde as respostas de uma delas são antecedentes ou consequentes para as da outra, de forma dinâmica e alternada no processo interativo. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2010, p. 106).

As habilidades sociais são comportamentos que interferem na qualidade das relações interpessoais, nas quais fatores como cultura, características pessoais e a situação em ocorrem são determinantes. Desta forma, compreende-se que um comportamento pode ser considerado socialmente habilidoso conforme a situação em que ocorre, e a cultura vai determinar quais desempenhos são adequados para situações diversas (DELL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

Para Del Prette e Del Prette (2001, p. 31), no estudo das habilidades sociais, três conceitos são chaves: desempenho social; habilidades sociais; e competência social.

O desempenho social refere-se à emissão de um comportamento ou sequência de comportamentos em uma situação social qualquer. Já o termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. A competência social tem sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo.

A aquisição de novas habilidades de relações pessoais leva a capacitação de sujeitos com dificuldades em assertividade a desenvolver habilidades de recusa e enfrentar situações aversivas, bem como desenvolver defesa de seus direitos de maneira mais efetiva, principalmente em situações que há a pressão de pares para a execução de comportamentos não saudáveis, como o uso de drogas e violência (OLIVEIRA, 2002).

Com a execução de comportamentos assertivos, a autoestima e autoeficácia são elevadas, promove tranquilidade, melhora a qualidade dos relacionamentos, além de facilitar a resolução de problemas (FALCONE, 2000). Do contrário, não agindo assertivamente, a pessoa tem dificuldade de expressar seus sentimentos e pensamentos a outras pessoas e, com isso, dificilmente atinge os objetivos esperados, uma vez que acaba passando de forma errada o que sente e pensa (ALBERTI; EMMONS, 1978).

É primordial na promoção de interações sociais bem-sucedidas o desenvolvimento de habilidades sociais, sendo as dificuldades nessas interações muitas vezes associadas à presença de diferentes distúrbios psicossomáticos ou psicossociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE; BANDEIRA; COSTA; GERK-C, 2000).

Fatores como vivências negativas com figuras de apego estão ligados com o estabelecimento de modelos não funcionais de funcionamento interpessoal, podendo acarretar repertório deficitário das habilidades sociais (FRANCISCHETTO; SOARES, 2012). Há muitos outros fatores que podem estar envolvidos na dificuldade de estabelecer interações sociais adequadas, um deles é a ansiedade (DEL PRETTE; DEL PRETTE; CASTELO BRANCO, 1992).

Segundo Magalhães e Murta (2003), os déficits nas habilidades sociais podem ser criados a partir de diferentes situações nas quais desencadeiam uma série de estratégias de enfrentamento não funcionais, podendo levar, por exemplo, ao desuso das habilidades e práticas educativas parentais coercitivas, bem como prolongados períodos de isolamento.

Um repertório cognitivo-comportamental deficiente em habilidades sociais pode ser parcialmente resultado de características passageiras do sujeito, no qual, certamente “a experiência individual de relacionamentos predatórios e pouco gratificantes contribui para que o indivíduo desenvolva determinados esquemas cognitivos relacionados a expectativas hostis em relação ao outro” (PINHEIRO; HAASE; AMARANTE; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006, p. 03).

Desse modo, o comportamento não assertivo é aquele no qual a pessoa se mostra passiva perante as demais pessoas, deixando-as tomar decisões por si numa tentativa de evitar conflitos, é indeciso e inibido na expressão verdadeira do que está sentindo, pensando e de suas opiniões (BANDEIRA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Os autores Aliane, Lourenço e Ronzani (2006) realizaram um estudo no qual buscou comparar e avaliar as diferenças no repertório de habilidades sociais entre dependentes e não dependentes de álcool, com a participação de 80 sujeitos usuários do SUS. Os instrumentos

utilizados para fins de coleta de dados foram o Inventário de Habilidades Sociais– IHS-Del Prette e AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*).

Os resultados não apresentaram diferenças no escore para as duas amostras, no que diz respeito ao teste que avalia o repertório de habilidades sociais. Pode-se perceber diferenças entre as médias nas habilidades de autocontrole da agressividade e conversação e desenvoltura social, em que a amostra masculina apresentou maior escore do que a amostra feminina. A amostra dos dependentes de álcool masculina apresentou uma média maior na habilidade de autocontrole do que a amostra dos não dependentes de álcool masculina. Os autores apontaram que o estudo não confirmou a relação entre déficit de habilidades sociais e o uso e abuso de substâncias psicoativas.

Os autores De Sá e Del Prette (2014) realizaram um estudo acerca das relações entre o consumo de algumas drogas, como o crack, a maconha, a nicotina e o álcool, e as habilidades sociais. A amostra deu-se pela participação de 47 pacientes em tratamento ambulatorial em decorrência do uso ou dependência dessas drogas. Para a coleta dos dados, utilizou-se o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras substâncias e o Inventário de Habilidades Sociais– IHS-Del Prette. Os resultados apontaram existência de correlações entre as variáveis estudadas.

No estudo comparativo de Rondina, Martins, Manzato, Botelho e Refberg (2015), sobre o repertório de habilidades sociais entre universitários fumantes e não fumantes, os dados demonstraram que os fumantes, em média, apresentaram escore de Enfrentamento e Autoafirmação com Risco maior em comparação com a amostra de não fumantes, bem como apresentaram maior assertividade. Para os autores, os dados apresentados não são suficientes para afirmar uma relação entre baixo repertório para habilidades sociais e tabagismo, havendo a necessidade de maior estudo acerca do tema, e sugerem pesquisas de natureza transversal e/ou prospectiva que estudem a relação para melhor compreensão do assunto.

Já Cavalcanti (2018), verificou, em um estudo com 100 adolescentes, 50 usuários de maconha e 50 não usuários de maconha, no qual objetivou avaliar a relação entre consumo de maconha, habilidades sociais e percepção de suporte social e variáveis sociodemográficas. Os resultados mostraram que o grupo de adolescentes que consomem maconha têm menores percentis medianos em habilidade sociais comparado ao outro grupo. Quanto ao escore de percepção de suporte social, não apresentou diferenças entre os dois grupos, o qual a autora justifica que “a suposição, apoiada na literatura, e que existem diferenças sobre percepção de apoio familiar e entre pares nos adolescentes, que não foram abrangidas pelo instrumento utilizado neste estudo” (p. 70).

Tendo como hipótese que repertório deficitário em habilidades sociais reduz o acesso ao suporte social, que, por sua vez, gera sofrimento psicológico, Segrin, Mcnelis e Swiatkowski (2016) realizaram um estudo longitudinal com 211 adultos, e identificaram que as habilidades sociais tiveram um efeito indireto diante do controle do sofrimento psicológico, por meio da maior disponibilidade de apoio social.

5 MÉTODO

A pesquisa é um estudo transversal, com delineamento descritivo, de abordagem quantitativa, no qual, segundo Richardson (1989) é um método que consiste no emprego da quantificação, seja nos instrumentos escolhidos para a coleta de dados, seja nos procedimentos adotados para o tratamento dos resultados, técnicas estatísticas das mais simples às mais complexas.

5.1 Participantes:

Participaram do estudo 100 sujeitos, com idades entre 18 anos e 57 anos (média=37,79, mediana=38 e desvio padrão=10,61), todos do sexo masculino, em tratamento por TUS em um CAPS do interior de Rondônia.

Para participar da pesquisa, os participantes foram selecionados conforme os critérios abaixo:

Dos critérios de inclusão: estar em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em decorrência de TUS; ter prontuário; ter idade entre 18 e 57 anos; ser do sexo masculino; ter escolaridade mínima de ensino fundamental completo; concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias; responder todas as assertivas dos instrumentos utilizados.

Dos critérios de exclusão: estar sob efeito de drogas e não apresentar condições psicológicas e físicas para o preenchimento dos instrumentos.

5.2 Instrumentos:

Para a produção dos dados, foram utilizados como instrumentos: o Formulário Sociodemográfico e Clínico (APÊNDICE B), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Inventário Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del Prette).

5.2.1 Formulário Sociodemográfico e Clínico:

O Formulário Sociodemográfico e Clínico é de elaboração da pesquisadora responsável pelo estudo, e tem por finalidade o registro da idade, escolaridade, estado civil, se mora sozinho ou com alguém, tempo de tratamento no CAPS, tipo de substância psicotrópica, se já fez outra modalidade de tratamento, dentre outros.

5.2.2 Inventário de Percepção de Suporte Familiar:

O Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), de Baptista (2009), é um instrumento que propõe avaliar como o sujeito percebe as relações familiares e possibilita a pesquisadores e psicólogos a detecção de padrões familiares. Para sua aplicação, o profissional deve seguir rigorosamente os procedimentos estabelecidos pelo seu manual, tanto para aplicação como para a correção, e como se trata de um teste psicológico, seu uso é restrito a psicólogos (BAPTISTA, 2009).

O inventário pode ser aplicado de forma individual ou em grupo, e destina-se a sujeitos entre 11 e 57 anos, sendo composto por 42 afirmativas, nas quais o sujeito deverá assinalar a frequência com que melhor corresponde a sua percepção frente à assertiva, numa escala tipo *Likert* divididas em três níveis de avaliação feita pelo sujeito: “quase nunca ou nunca= 0, às vezes= 1 e quase sempre ou sempre= 2”, podendo fazer de 0 a 84 pontos.

O instrumento é dividido em três fatores, sendo eles:

Fator 01 (Alfa de Cronbach: 0,91), Afetivo-consistente, é composto por 21 itens que avaliam a compreensão de situações de expressão de afetividade, sejam elas verbais ou não verbais, tais como o acolhimento, a interação, a comunicação, o respeito, a clareza quanto ao estabelecimento e das regras intrafamiliar, bem como habilidades frente a resolução de situação-problema. Os itens são apresentados de forma positiva neste fator: “Quase nunca ou nunca= 0, Às vezes= 1 e Quase sempre ou sempre= 2”.

Fator 02 (Alfa de Cronbach: 0,83), Adaptação familiar, contém 13 itens e está relacionado a comportamentos e sentimentos negativos acerca da família, como isolamento, raiva, irritação, percepção de competição entre os familiares, não pertencimento, relações agressivas (gritos e brigas), dentre outros. Neste fator, os itens estão em sentido negativos e são pontuados: “Quase nunca ou nunca= 2, Às vezes= 1 e Quase sempre ou sempre= 0”.

Fator 03 (Alfa de Cronbach: 0,80), Autonomia, contém 13 itens consiste na percepção que o sujeito possui de sua família quanto a confiança, privacidade e liberdade entre os membros da família. As assertivas deste fator são expostas de forma positiva, sendo marcadas da seguinte maneira: “Quase nunca ou nunca= 0, Às vezes= 1 e Quase sempre ou sempre= 2”.

5.2.3 Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del Prette):

O Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del Prette), de Del Prette e Del Prette (2018), é um instrumento criado para avaliar aspectos das habilidades sociais de adultos, bem como identificar os recursos disponíveis ou em déficit no repertório do sujeito. O IHS 2 pode fornecer indicações a respeito da forma pela qual o sujeito age diante de diferentes situações sociais, podendo ser utilizado na seleção de pessoal, na educação, na clínica e outros. Para sua aplicação, deve-se seguir rigorosamente os procedimentos de aplicação e correção conforme estabelecido em seu manual.

O IHS 2-Del Prette é uma escala de autoavaliação, sua aplicação pode ser feita de forma individual ou coletiva, com duração média de 20 minutos, sendo um instrumento de fácil aplicação e destina-se a avaliar adultos, do sexo feminino e masculino, entre 18 a 59 anos de idade, com escolaridade mínima de ensino fundamental I. É constituído por 38 itens, cada item corresponde a uma situação social hipotética e o sujeito deve assinalar, numa escala do tipo *Likert*, como se sente ou como costuma reagir a ela: “nunca ou raramente=0, com pouca frequência=1, com regular frequência=2, muito frequentemente=3 e sempre ou quase sempre=4”.

O instrumento é composto por cinco fatores, sendo eles:

Fator 1 (Alfa de Cronbach: 0,934), Conversação-assertiva, contém 13 itens e pode fazer de 0 a 52 pontos, corresponde as “habilidades de autoafirmação em situações de enfrentamento com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor (possibilidade de rejeição, de réplica ou de oposição) (...)” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018, p. 39). Os itens desse fator são avaliadas de forma positiva, “nunca ou raramente=0, com pouca frequência=1, com regular frequência=2, muito frequentemente=3 e sempre ou quase sempre=4”.

Fator 2 (Alfa de Cronbach: 0,774), Abordagem afetivo-sexual, contém três itens e pode fazer de 0 a 12 pontos, refere-se a abordagem a pessoas recém-conhecidas e que há interesse afetivo-sexual. Os itens desse fator são avaliadas de forma positiva, “nunca ou raramente=0, com pouca frequência=1, com regular frequência=2, muito frequentemente=3 e sempre ou quase sempre=4”.

Fator 3 (Alfa de Cronbach: 0,894), Expressão de sentimento positivo, contém oito itens e pode fazer de 0 a 32 pontos, e corresponde as habilidades de expressão de sentimentos positivos em relação a família e outras pessoas, como agradecer quando é elogiada, demonstrar afeto, entrar em defesa de outras pessoas e saber lidar com críticas. Os itens desse fator são avaliadas de forma positiva, “nunca ou raramente=0, com pouca frequência=1, com regular frequência=2, muito frequentemente=3 e sempre ou quase sempre=4”.

Fator 4 (Alfa de Cronbach: 0,840), Autocontrole/enfrentamento, contém cinco itens e pode fazer de 0 a 20 pontos, e avalia as “habilidades para lidar com situações que demandam autocontrole e enfrentamento com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor (possibilidade de rejeição, de réplica ou de oposição). Essas habilidades incluem a expressão de desagrado, de se posicionar diante de injustiças e defender

alguém que foi criticado. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018, p. 40). Os itens desse fator são avaliadas de forma negativa, “nunca ou raramente=4, com pouca frequência=3, com regular frequência=2, muito frequentemente=1 e sempre ou quase sempre=0”.

Fator 5(Alfa de Cronbach: 0,840), Desenvolvimento social, contém seis itens e pode fazer de 0 a 24 pontos, e consiste nas habilidades em que há necessidade de se comportar com desenvoltura, diante de situações de interação social, seja com pessoas conhecidas, desconhecidas, autoridades e autoafirmação no grupo. Os itens desse fator são avaliadas de forma positiva, “nunca ou raramente=0, com pouca frequência=1, com regular frequência=2, muito frequentemente=3 e sempre ou quase sempre=4”.

No escore geral oito itens são eliminados e a pontuação pode chegar a 120 pontos.

5.3 Procedimentos:

Primeiramente, para ter autorização dos responsáveis do CAPS, no qual realizou o levantamento de dados, foi apresentada a direção da instituição a Carta de Apresentação (APÊNDICE C), devidamente assinada pela pesquisadora responsável, e apresentados os objetivos da pesquisa, questões éticas referentes à execução de pesquisa que envolvem seres humanos e esclarecidas as dúvidas pertinentes. Após a aceitação, foi apresentada Carta de Anuência (APÊNDICE D), que foi assinada pela responsável pela instituição em duas vias.

Com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (ANEXO A), com o número CAAE: 13100519.2.0000.5300, foi estabelecido o segundo contato, via telefone, com a direção do CAPS, para agendar a realização da coleta de dados.

A coleta de dados contou com a participação da psicóloga do CAPS no processo de seleção dos participantes, o contato e agendamento via telefone, bem como na aplicação dos instrumentos utilizados. Para a aplicação dos instrumentos, a pesquisadora responsável pela pesquisa, realizou o treino de aplicação dos instrumentos, sendo que os inventários seguiram rigorosamente a aplicação sugerida pelos seus respectivos manuais.

Para a coleta de dados, primeiramente a pesquisadora responsável e a psicóloga do CAPS selecionaram os participantes, pelo prontuário médico, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Foram selecionados um total de 267 prontuários que atendiam aos critérios, sendo que: 28 não tinham telefone para contato no prontuário; 33 não aceitaram participar; não foi estabelecido contato com 49; e, dos 157 restantes, 100 compareceram e participaram da pesquisa, sendo, em definitivo, o número da amostra pesquisada.

Das informações contidas no prontuário, quanto ao número de recaídas registradas no prontuário do paciente, foi verificado que são anotadas como recaídas, o números de lapsos e

recaídas, desse modo, o termo recaídas foi usado neste trabalho englobando lapso e recaídas, devido ao procedimento de registro do CAPS.

Também foram verificados os critérios para diagnóstico e grau de dependência e, conforme praticado pelo psiquiatra da instituição, o diagnóstico era clínico e os critérios, tanto para diagnóstico como para o grau de dependência, seguiam os critérios estabelecidos pela CID-10.

A coleta de dados foi realizada na unidade do CAPS, de forma individual e conforme os horários agendados para cada participante e levou em torno de uma hora para cada participante. A coleta iniciou com a apresentação da pesquisadora responsável e dos objetivos e relevância do estudo para o desenvolvimento de tecnologias no âmbito da assistência ao dependente químico e sua família, bem como esclarecidas as dúvidas, e feita a leitura do TCLE e colhida a assinatura pelo participante e pesquisadora, em duas vias, uma para o participante e a outra com a pesquisadora.

Após as assinaturas, foi feita uma conversa informal para levantar como o participante estava, se dormiu bem, tomou alguma medicação, bem com intensificar o *rapport*. Antes da aplicação dos instrumentos, foi garantido o sigilo quanto às informações prestadas pelos participantes e esclarecido que não há uma avaliação com parâmetros de certo e errado nos instrumentos. Em seguida, foram aplicados os instrumentos, na seguinte ordem: o Formulário Sociodemográfico e Clínico, o IPSF e IHS 2-Del Prette, nos quais foram explicados minuciosamente a aplicação de cada instrumento, levando em consideração as normativas do manual para aplicação de cada inventário.

Conforme a Resolução 06/2019, que institui as regras para a elaboração de documentos escritos por psicólogos no exercício profissional, no seu Art. 15, estabelece que “os documentos escritos decorrentes da prestação de serviços psicológicos, bem como todo o material que os fundamentaram, sejam eles em forma física ou digital, deverão ser guardados pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, conforme Resolução CFP nº 01/2009 ou outras que venham a alterá-la ou substituí-la.”

Foi prevista uma devolutiva junto a direção e os profissionais que atuam na unidade do CAPS, bem como, em outro momento, serão apresentados os dados para os participantes e seus familiares. As datas serão agendadas após a defesa da dissertação.

Considerando-se os princípios éticos da beneficência, autonomia, justiça, não maleficência e equidade tratando-se em pesquisa com seres humanos, foram observadas e consideradas as normas e diretrizes que regulam a pesquisa com seres humanos, contidas na

Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como o Código de Ética do Profissional Psicólogo (2005).

5.4 Análise dos dados:

Os resultados foram apurados considerando os critérios de correção de cada instrumento utilizado. Em seguida, os dados foram distribuídos em planilha do Excel e realizadas análises descritivas para caracterização da amostra (médias, desvio padrão, porcentagem e frequência) e análises inferenciais de correlação, conforme os objetivos da pesquisa. Fez-se uso do *Statistical Package for the Social Science*, 20.0 para o Windows.

6 RESULTADOS

A amostra foi composta, na sua maioria, por participantes no Ensino Fundamental completo (N=47), seguido do Ensino Médio completo (N=24), Ensino Médio incompleto (N=17), Ensino Superior completo (N=08) e Ensino Superior incompleto (N=04). Os participantes declararam, em 42% (N=42), estarem casados, 25% (N=25) solteiros, 20% (N=20) eram divorciados, 12% (N=12) mantinham união estável e 1% (N=01) viúvo. A maioria (79%) dos participantes declarou não estar trabalhando no momento da pesquisa. A Tabela 1 facilita a visualização desses dados no conjunto.

Tabela 1- Dados sociodemográficos referentes a escolaridade, estado civil e trabalho

Escolaridade		
	N	%
Ensino Fundamental completo	47	47
Ensino Médio incompleto	17	17
Ensino Médio completo	24	24
Ensino Superior incompleto	40	40
Ensino Superior completo	08	08
Total:	100	100%
Estado civil		
	N	%
Solteiro	25	25
Casado	42	42
União estável	12	12
Divorciado	20	20
Viúvo	01	01
Total:	100	100%
Está trabalhando		
	N	%
Sim	21	21
Não	79	79
Total:	100	100

Fonte: Produção própria.

Conforme a Tabela 02, abaixo, grande parte dos participantes morava com algum membro da família (71%). Destes, 30% (N=30) moravam com a esposa e o filho (s), 20% (N=20) moram com a esposa, 9% (N=09) moravam com os pais, 5% (N=05) moravam com os pais e irmão (s), 3% (N=03) moravam com os pais e a esposa, 2% (N=02) moravam com o irmão, 1% (N=01) morava com o filho (s) e 1% (N=01) morava com a esposa e o irmão.

Foi verificado que 77% (N=77) dos participantes tinham filhos. Destes, 53,24% (N=41) possuem entre dois e três filhos, 24,67% (N=19) possuem entre quatro e cinco filhos, 18,18% (N=14) possuem um filho e 3,89% (N=03) possuem mais de seis filhos.

Tabela 2 - Resultados quanto a morar acompanhado ou não, com quem mora, filhos e quantidade de filhos

Mora acompanhado				
Sozinho		Com algum membro da família		
N	%	N	%	
29	29	71	71	
Com quem mora				
	N	%		
Sozinho	29	29		
Pais	09	9		
Esposa	20	20		
Esposa e filho (s)	30	30		
Pais e esposa	03	3		
Pais e irmão (s)	05	5		
Filho (s)	01	1		
Irmão	02	2		
Esposa e irmão	01	1		
Total:	100	100%		
Tem filhos				
	N	%		
Sim	77	77		
Não	23	23		
Total	100	100%		
Quantidade de filhos				
Quantidade de filhos:	N	%		
01	14	18,18		
02 a 03	41	53,24		
04 a 05	19	24,67		
Mais de 06	03	3,89		
Total:	77	100%		
Média=2,77				
Mediana=3				
DP=1,63				

Fonte: Produção própria.

Quanto ao tempo de tratamento no CAPS, a maioria dos participantes (N=91) declararam estar em tratamento pelo menos 12 meses, uma média de 7,22 meses, e nove participantes declararam estar entre 12 a 29 meses em tratamento no CAPS, uma média de 21,22 meses. A média geral dos participantes foi de 8,48 meses, com mínimo de 01 (um) mês e máximo de 29 meses e desvio padrão de 5,59 (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados relacionados ao tempo de tratamento no CAPS

Tempo de tratamento no CAPS				
N	Mínimo	Máximo	Média	DP

Tempo no CAPS	100	01	29	8,48	5,59
≤ 12 meses	91	01	12	7,22	3,79
>12 meses	09	14	29	21,22	4,89

Fonte: Produção própria.

Na Tabela 4, observa-se que a maioria dos participantes já fez outro tipo de tratamento antes de procurar o CAPS, 67% (N=67). Destes, 62,68% (N=42) teve a internação como modalidade de tratamento antes de buscar ajuda no CAPS, seguida da medicação, 22,38% (N=15), psicoterapia, 13,43% (N=09) e medicação e psicoterapia, 1,49% (N=01). Outras modalidades de tratamento não foram citadas.

Ainda na Tabela 4, das drogas consumidas, o álcool apresentou maior prevalência, 38% (N=38), seguido do crack, 23% (N=23), maconha, 20% (N=20), tabaco, 10% (N=10), cocaína, 5% (N=5) e merla, 4% (N=4).

Tabela 4 - Resultados relacionados a modalidade de tratamento antes do CAPS e tipo de droga

Já fez tratamento em outra modalidade		
	N	%
Sim	67	67
Não	33	33
Total:	100	100%

Modalidade de tratamento		
	N	%
Internação	42	62,68
Medicação	15	22,38
Psicoterapia	09	13,43
Medicação e psicoterapia	01	1,49
Total:	67	100%

Tipo de droga		
	N	%
Álcool	38	38
Tabaco	10	10
Maconha	20	20
Cocaína	05	05
Crack	23	23
Merla	04	04
Total:	100	100%

Fonte: Produção própria.

Conforme a Tabela 5, a maioria dos participantes foi diagnosticada em grau moderado de dependência, 69% (N=69), seguida do o grau grave, 17% (N=17), e grau leve, 14% (N=14).

Tabela 5 - Resultados relacionados ao grau de dependência

	Grau de dependência	
	N	%
Leve	14	14
Moderado	69	69
Grave	17	17
Total	100	100%

Fonte: Produção própria.

Quanto ao número de Recaídas (Tabela 6), o tabaco apresentou média=7,20 para recaídas, com mínimo de duas e máximo de 21 recaídas, seguido da merla, média=6,25, mínimo de quatro e máximo de oito, crack, média=5,96, mínimo de zero e máximo de 23, álcool, média=5,26, mínimo de zero e máximo de 21, maconha, média=4,50, mínimo de uma e máximo de 20, e cocaína, média=2,0, mínimo de zero e máximo de três.

Tabela 6 – Número de recaídas por tipo de drogas

Tipo de droga	Número de Recaídas				
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Álcool	38	00	21	5,26	4,49
Tabaco	23	02	21	7,20	6,22
Maconha	20	01	20	4,50	5,38
Cocaína	10	00	03	2,0	1,41
Crack	05	00	23	5,96	4,81
Merla	04	04	08	6,25	2,06
Total:	100	00	23	5,34	4,81

Fonte: Produção própria.

Conforme mostra a Tabela 7, as variáveis sociodemográficas e clínicas apresentaram correlações significativas. O número de Recaídas apresentou correlação positiva significativa com Tempo no CAPS e Grau de dependência. O Tempo no CAPS apresentou correlações significativas, positiva com idade e número de filhos e negativa com Escolaridade. Houve correlações significativas, positiva entre Idade e número de filhos e negativa entre Idade e Escolaridade.

Tabela 7 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas

Correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas						
	Idade	Quantos filhos	Escolaridade	Tempo no CAPS	Grau	Recaídas

Spearman's rho	Idade	Pearson	1,00	,791**	-,442**	,268**	,062	,042
		Correlation	0					
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,007	,541	,677
		N	100	100	100	100	100	100
	Quantos filhos	Pearson	,791**	1,000	-,490**	,257**	,137	,181
		Correlation						
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,010	,173	,072
		N	100	100	100	100	100	100
	Escolaridade	Pearson	-,442**	-,490**	1,000	-,270**	-,041	-,154
		Correlation						
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,007	,685	,126
		N	100	100	100	100	100	100
	Tempo no CAPS	Pearson	,268**	,257**	-,270**	1,000	,134	,527**
		Correlation						
		Sig. (2-tailed)	,007	,010	,007	.	,183	,000
		N	100	100	100	100	100	100
	Grau	Pearson	,062	,137	-,041	,134	1,000	,468**
		Correlation						
Sig. (2-tailed)		,541	,173	,685	,183	.	,000	
	N	100	100	100	100	100	100	
Recaídas	Pearson	,042	,181	-,154	,527**	,468**	1,000	
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,677	,072	,126	,000	,000	.	
	N	100	100	100	100	100	100	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fonte: Produção própria.

No que se refere aos resultados do IPSF, mostrados na Tabela 8, os participantes apresentaram baixa percepção de suporte familiar no escore total, média=43,06, com mínimo de 26 e máximo de 68. No Fator 1, que avalia as relações afetivas positivas intrafamiliares, o intervalo de pontos pode variar de 0 a 42 pontos e, na presente pesquisa, variou de 12 a 42, com média=23,73, indica, conforme o instrumento, médio-baixo.

No Fator 2, que consiste na expressão de sentimentos negativos em relação à família, o intervalo de pontos varia de 0 a 26 pontos e, nesta pesquisa, alterou de um a 16, com média=11,22, indicando baixa percepção. No Fator 3, percepção em relação a família, a pontuação pode diferenciar de 0 a 16, no qual nesta pesquisa apresentou variação de dois a 16, com média=8,24, com interpretação de baixa percepção.

Tabela 8 – Descrição da pontuação dos fatores e na escala total do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

Percepção de Suporte familiar	Descrição				
	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
F1	100	23,73	5,89	12	42

F2	100	11,22	5,58	1	16
F3	100	8,24	3,34	2	12
Total	100	43,06	7,24	26	68

Nota: F1=Afetivo-consistente, F2=Adaptação familiar, F3=Autonomia.

Fonte: Produção própria.

Quanto ao repertório de habilidades sociais dos sujeitos estudados na pesquisa (Tabela 9), apresentou no Fator 01, Conversação assertiva, média de 23,45 pontos, o que indica repertório inferior de habilidades sociais, sendo que a menor pontuação foi 14 e a maior 40 pontos, e desvio padrão=5,13. No Fator 02, Abordagem afetivo-sexual, a média de pontos foi 5,36, indicando bom repertório de habilidades sociais, com mínimo de um e máximo de 10 pontos, e desvio padrão=1,89. No Fator 03, Expressão de sentimento positivo, os participantes obtiveram uma média de 13,55 pontos, indicando repertório inferior de habilidades sociais com menor pontuação de oito e maior de 22 pontos, e desvio padrão=3,14. No fator 04, Autocontrole/enfrentamento, a média de pontos foi de 7,37, com repertório inferior de habilidades sociais, com mínimo de três e máximo de 18 pontos, desvio padrão=2,53. No Fator 05, Desenvoltura social, obtiveram média 10,61, indicando repertório inferior de habilidades sociais, com mínimo de cinco e máximo de 17 pontos, e desvio padrão=2,37.

No escore geral, que busca avaliar de forma geral o repertório de habilidades sociais, considerando todos os fatores, a média apresentada pelos participantes foi de 50,94, que, conforme a interpretação do instrumento utilizado, indica repertório inferior de habilidades sociais. A menor pontuação apresentada entre os participantes foi de 31 pontos, indica repertório inferior de habilidades sociais, e a maior foi de 76 pontos, indica repertório altamente elaborado de habilidades sociais, com desvio padrão=7,66.

Tabela 9 - Descrição da pontuação dos fatores e na escore geral do Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del Prette)

Habilidades Sociais	Descrição				
	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
F1	100	23,45	5,13	14	40
F2	100	5,36	1,89	1	10
F3	100	13,55	3,14	8	22
F4	100	7,27	2,53	3	18
F5	100	10,61	2,37	5	17
Escore geral	100	50,94	7,66	31	76

Nota: F1=Conversação assertiva, F2=Abordagem afetivo-sexual, F3=Expressão de sentimento positivo, F4=Autocontrole/enfrentamento, F5=Desenvoltura social.

Fonte: Produção própria.

Conforme apresentado na Tabela 10, quanto aos fatores do IPSF e do IHS-Del Prette, pode-se verificar que apenas duas variáveis apresentaram correlação, como também os fatores que se correlacionam positivamente apresentaram significância baixa.

Os fatores que apresentaram correlação positiva foram o Fator 3 do IPSF, Autonomia, apresentou correlação com o Fator 1 do IHS 2-Del Prette, Conversação assertiva e o escore geral do IPSF apresentou correlação com o Fator HS 1, do IHS 2-Del Prette, Conversação assertiva. O Fator HS 3, Expressão de sentimento positivo, apresentou correlação com o escore geral do IPSF.

Tabela 10 – Correlações entre as variáveis percepção de suporte familiar e habilidades sociais

		PSF	PSF	PSF	PSF	HS	HS	HS	HS	HS	HS
		F1	F1	F1	Total	F1	F2	F3	F4	F5	Total
PSF F1	Pearson					,094	-,023	-,172	-,179	-,156	-,023
	Correlation										
	Sig. (2-tailed)					,350	,823	,087	,075	,120	,821
	N					100	100	100	100	100	100
PSF F2	Pearson					,089	,044	,011	-,005	,134	,123
	Correlation										
	Sig. (2-tailed)					,378	,667	,911	,961	,185	,221
	N					100	100	100	100	100	100
PSF F3	Pearson					,220*	-,029	-,175	-,018	,022	,074
	Correlation										
	Sig. (2-tailed)					,028	,772	,082	,857	,830	,463
	N					100	100	100	100	100	100
PSF Total	Pearson					,246*	,019	-,218*	-,158	-,038	,107
	Correlation										
	Sig. (2-tailed)					,014	,853	,030	,116	,711	,290
	N										

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nota: PSF F1=Afetivo-consistente, PSF F2=Adaptação familiar, PSF F3=Autonomia, PSF Total= Escore geral de Percepção de Suporte Familiar, HS F1=Conversação assertiva, HS F2=Abordagem afetivo-sexual, HS F3=Expressão de sentimento positivo, HS F4=Autocontrole/enfrentamento, HS F5=Desenvoltura social, HS Total= Escore geral de Habilidades Sociais.

Fonte: Produção própria

7 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as relações entre percepção de suporte familiar e habilidades sociais de dependentes de substâncias psicotrópicas. A partir da caracterização dos participantes, o presente estudo também levantou os dados sociodemográficos e clínicos de dependentes; identificou a percepção de suporte familiar e o repertório de habilidades sociais comparando os níveis da amostra atual com os níveis da amostra normativa; identificou correlações entre habilidades sociais e a percepção de suporte familiar; e discutiu o suporte familiar como uma estratégia de enfrentamento à recaída por uso de substâncias psicotrópicas.

7.1 Dados sociodemográficos e clínicos:

O presente estudo reforçou, com dados de uma importante cidade do interior de Rondônia, que o perfil dos usuários de drogas no Brasil é de pessoas mais velhas, com baixa escolaridade, desempregadas, casadas e de baixa classe socioeconômica, ou seja, pessoas que se encontram em vulnerabilidade social. Conforme o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, o perfil dos usuários de drogas brasileiros, do sexo masculino, a maioria (48,3%) com igual ou mais de 35 anos, era das classes socioeconômicas C e D (73%), analfabetos ou com ensino fundamental incompleto correspondem a quase um terço (28,3%). (CARLINI *et al.*, 2007). Assim como no II Levantamento Nacional de Álcool e drogas, de 2012 (Laranjeira *et al.*, 2014), onde a maior prevalência (27,4%) foi de pessoas com mais de 50 anos, 31,3% da população encontra-se no primário incompleto e primário completo, 57,2% eram casados ou moravam juntos, 51,9% não estavam com a carteira assinada, e 61,2% eram de classes socioeconômica C e D.

No presente estudo, os participantes estavam em sua maioria no primeiro ano de tratamento no CAPS, com média de 8,48 meses. Nota-se que os participantes apresentaram histórico de tratamento anterior ao CAPS, incluindo a internação. De acordo com o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos, que verificou o perfil da família de usuários de drogas, 53,2% dos pacientes estavam internados durante a entrevista, a maioria em comunidades terapêuticas (62%). Quanto à primeira ajuda buscada, a internação foi apontada como a mais procurada (21,5%), seguida de AA, NA e Amor Exigente (14%). Já a busca por ajuda de parentes/amigos, CAPSad e psicólogos/terapias apresentaram, respectivamente, procura de 7%, 2,6% e 1%. (LARANJEIRA *et al.*, 2017). Observa-se que a internação é a modalidade de tratamento mais procurada pelos dependentes químicos, tanto na

presente pesquisa, como em estudos nacionais, e segundo Ribeiro e Fernandes (2013), dentre as modalidades de tratamento para dependentes químicos, as mais conhecidas são: a medicamentosa, com ou sem a internação; não medicamentosa e com internação; não medicamentosa e com participação em grupos de ajuda mútua; redução de danos.

Acredita-se que o tratamento ideal seria aquele que abordasse diversos fatores, levando em consideração que a dependência química é doença que agrega fatores biopsicossociais. Pensa-se então em abordagens que permita ao usuário de substâncias psicoativas, identificação de fatores de riscos e/ou sinalizadores de recaídas e desenvolvimento de habilidades e estratégias de enfrentamento, capacitando-o para controle de sua recuperação, manutenção da abstinência e empoderamento de reverter processos que possam culminar em recaída. (SILVA; GUIMARÃES; SALLES, 2014, p. 1009).

O tratamento da dependência química deve considerar as complexidades inerentes a essa problemática, como a dificuldade em adesão ao tratamento e as mudanças cognitivas e comportamentais decorrentes do uso da droga. Além disso, deve ser levada em consideração a entrada à rede de assistência especializada a essa demanda, uma vez que a dificuldade para acessar o serviço de saúde, por exemplo, pode atrasar o início do tratamento ou prejudicar a manutenção do tratamento. Considerando que o CAPSad é um dos serviços criados para atender a população de dependentes químicos, visando a sua reinserção social e familiar, bem como garantindo um tratamento humanizado e que considere as necessidades e complexidades das pessoas com diagnóstico de TUS, a falta de conhecimento dos serviços do CAPSad e a demora para buscar ajuda, podem ser fatores que levam a procura, pela maioria dos pacientes, à modalidade de internação primeiramente.

Quanto ao consumo de drogas lícitas, no presente estudo, a maioria dos participantes afirmaram estar em tratamento no CAPS por dependência do álcool, este resultado corrobora o levantamento nacional realizado em 2005, no qual 74,6% dos entrevistados afirmaram consumir álcool e 12,3% tinham o diagnóstico de dependência por uso de álcool (CARLINI *et al.*, 2007). Estudos neuropsicológicos relacionados ao uso e abuso de álcool apontaram prejuízos à aprendizagem, resolução de problemas, abstração memória, velocidade do processamento de informações, eficiência cognitiva, síntese visuoespacial e velocidade psicomotora. Na abstinência alcoólica, as funções executivas e memória são as que apresentam maiores mudanças, “que também foram interpretadas em termos de uma vulnerabilidade específica dos lóbulos frontais aos efeitos tóxicos do álcool” (FELDENS, 2009, p. 08).

Além dos prejuízos cognitivos, estudos apontam relações entre o consumo de álcool e a violência, nos quais estima-se que o uso de álcool, aliado à direção, é uma das principais causas de acidentes graves no trânsito (LIMA, 2007), está relacionado à violência doméstica, onde

mulheres e crianças são a maioria das vítimas e o homem o agressor (MARTINS; NASCIMENTO, 2017), bem como com a criminalidade (LARANJEIRA, DUAILIBI; PINSKY, 2005). Conforme estudos acerca do consumo de álcool em adolescentes, mostram que ter um membro da família dependente químico e o desejo de se afirmar diante do grupo de pares, são as principais causas do consumo precoce a bebidas alcoólicas (GUEDES; CARVALHO, 2018). Tendo em vista que a maioria dos participantes dessa pesquisa mora com seus filhos, é preocupante, uma vez que os primeiros podem exercer influência para o consumo abusivo de álcool pelos segundos.

No presente estudo, das drogas ilícitas, 23% dos participantes afirmaram estar em tratamento em decorrência de dependência de crack e 20% por maconha. O consumo de drogas ilícitas, como o crack, maconha e opiáceos, cresceu de modo considerável nos últimos anos. De acordo com os estudos de mapeamento da população de álcool e outras drogas, o consumo em vida do crack, por exemplo, aumentou de 0,5% em 2001 para 1,1 % em 2005 (CEBRID, 2005). Muitos são os prejuízos à saúde em decorrência do consumo destas drogas. No que diz respeito ao uso do crack, Laranjeira, Jungerman e Dunn (2003) salientam que pode trazer complicações graves, como problemas respiratórios, causando enfisemas pulmonares, tosse, diminuição da função pulmonar e outros, bem como complicações no aparelho cardiovascular, com aparecimento de riscos cardíacos, como parada cardíaca, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca e efeito vasoconstritor. Outros comprometimentos, como problemas psiquiátricos e neurológicos podem ser consequências do uso do crack. Em um estudo com usuários de crack realizado em Porto Alegre por Sayago (2011, p. 51), verificou-se que a maioria dos participantes apresentava um ou mais transtornos psiquiátricos, como Transtorno psicótico induzido por substâncias (71,45%), Transtorno de Personalidade Antissocial, Depressão (52,4%) e Transtorno por Abuso de Álcool (52,4%). Além disso, “o funcionamento adaptativo dos entrevistados com relação às amizades, família, e trabalho estava prejudicado na maioria expressiva dos usuários de crack”. Já a maconha é a droga ilícita mais consumida no mundo, cerca de 3,8%, (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 2008). Dados do I e II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizados em 2001 e 2005, apontam para o aumento da prevalência da dependência de maconha, de 6,9% para 8,8% na população brasileira (CARLINI; GALDURÓZ; NOTO, 2002; CARLINI *et al.*, 2007). No II levantamento Nacional de álcool e drogas, Laranjeira *et al.* (2012) verificaram que, da amostra, 4,3% dos adolescentes já consumiram maconha e 3,4% usaram nos últimos 12 meses, 6,8% dos adultos já consumiram maconha na vida e 2,5% usaram nos últimos 12 meses. Tendo em conta que é um levantamento domiciliar que não considerou a população de rua, pode-se considerar que é

um consumo alto para a população. Em termos mundiais, 3,8% da população consumiu maconha em 2014 (UNODC, 2017). A maconha é o nome popular de *Cannabis sativa*, e causa diversos sintomas e sinais no usuário, dentre eles, apresenta: efeitos euforizantes, com aumento da autoconfiança, do desejo sexual, da sociabilidade; efeitos físicos, aumento do apetite, tontura, retardo psicomotor, taquicardia; e efeitos psíquicos, tais como depressão, irritação, alucinações e ilusões (RIBEIRO *et al.*, 2005).

No presente estudo, no que diz respeito à gravidade da dependência, a maioria dos participantes encontrava-se em grau moderado de dependência. A classificação do grau de dependência por uso de substância é feita conforme a quantidade de sintomas que a pessoa apresenta, podendo ser de leve a grave. Um TUS “*leve* é sugerido pela presença de dois ou três sintomas; *moderado*, por quatro ou cinco sintomas; e *grave*, por seis ou mais sintomas”. (APA, 2014, p. 484). Pode-se dizer que o consumo de drogas, lícitas e ilícitas, está em crescente aumento, e cada vez mais cedo as pessoas as experimentam, o que implica em um aumento também na dependência. Com isso, a criação de estratégias de prevenção é fundamental, como também trabalhos voltados para o sujeito e o meio social no qual está inserido (NOTO; GALDUROZ, 1999). Assim, estudar os aspectos envolvidos nas recaídas é fundamental para a organização de planos terapêuticos devidamente personalizados aos dependentes químicos. No presente estudo, os participantes apresentaram uma média de cinco recaídas ao longo do tratamento em curso durante a pesquisa, sendo o tabaco seguido do álcool dentre as drogas lícitas. Conforme Bertabnolli, Kristensen e Bakos (2014), os alcoolistas, mesmo tendo muitos prejuízos devido ao uso do álcool, mantêm padrão crônico de consumo, até mesmo os que fazem tratamento apresentam altos índices de recaídas. Das drogas ilícitas, no presente estudo, o crack foi a que apresentou maior número de recaídas na análise descritiva, cerca de sete, muito embora não tenha sido possível identificar diferenças significativas entre grupos na amostra. Segundo Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), dentre os dependentes de substâncias psicotrópicas, os dependentes de crack apresentam maiores índices de abandono do tratamento. O tratamento da dependência química enfrenta muitos desafios, e grande parte dos dependentes interrompe o tratamento e retorna ao uso da droga, tendo recaída (SILVA; GUIMARÃES; SALLES, 2014). A recaída acontece quando a pessoa em tratamento da dependência química fica um período de, pelo menos, dois meses sem consumir a droga, e após esse período volta ao uso da droga, e “é considerada parte do processo de reabilitação e não o fim do processo. Não significa que a pessoa tenha fracassado ou que não possa recuperar-se com o tempo” (ÁLVAREZ, 2007, p. 189).

Silva, Guimarães e Salles (2014, p. 02) salientam que:

Primeiros dias de tratamento do usuário de substâncias psicoativas são mais difíceis devido às crises de abstinências, sendo que através da observação, acompanhamento e análise de recaídas de dependentes ao longo do tempo, é possível verificar que a estabilidade de ocorrência de episódios de recaídas começa acontecer aproximadamente 90 dias após início da abstinência. A recaída, com passar do tempo, torna-se fator recorrente durante a vida dos usuários, pois são raros os dependentes que conseguem permanecer abstinentes após uma única tentativa de abandonar as substâncias psicoativas.

Conforme Sanches, Almeida e Magalhães (2015), em um estudo com a participação de usuários de drogas que estavam em tratamento em um CAPSad III, que visou compreender o significado de recaídas para eles, identificaram que, para os participantes, a abstinência é importante, porém, apontaram conflitos familiares, más companhias, a própria fissura e insatisfação pessoal, como fatores de risco para sair da abstinência. Por outro lado, na mesma pesquisa, os participantes apontaram a família como um fator de fundamental importância na manutenção da abstinência, por ofertar apoio e confiança para que os usuários consigam deixar as drogas.

7.2 Correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas:

De acordo com os resultados das correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, houve correlações variadas e significativas. Os resultados que mais chamaram a atenção foram a correlação entre Grau de dependência e Recaídas, na qual mostra que, quanto maior é a gravidade da dependência, maior o número de recaídas, e a correlação entre Recaídas e Tempo no CAPS, isso significa que o número de recaídas cresce conforme o tempo de tratamento no CAPS aumenta.

Esses dados sugerem que, na amostra, os participantes com diagnóstico de dependência mais grave apresentam maior risco a recair. Esse resultado corrobora o estudo de Lima *et al.* (2019), que investigou a relação entre os critérios de avaliação do DSM-5, variáveis de uso de substâncias e o funcionamento neurocognitivo com as recaídas. O estudo foi feito com 128 adultos, entre 18 e 48 anos, divididos em dois grupos, um com pessoas com transtorno por uso de cocaína (com mais de seis critérios para transtorno por uso de cocaína) e um grupo sem transtorno por uso de cocaína. Segundo os autores, dentro do grupo com transtorno por uso de cocaína, os pacientes que atenderam a mais de nove critérios apresentaram risco significativamente mais elevado para recaídas em comparação com o grupo com seis a oito critérios. Deste modo, identificou que pode haver o grupo grave e o grupo ultragrave, havendo a necessidade de rever a divisão de gravidade das categorias do DSM-5. O estudo apontou

também para a necessidade de um cuidado maior para os pacientes que apresentam maior gravidade de dependência por apresentar maior risco de recaídas, bem como esses indicadores de gravidade podem auxiliar na previsão de recaídas e definição de estratégias individualizadas de tratamento que sejam mais eficazes a esse grupo. (LIMA *et al.*, 2019).

Em um estudo mais antigo, Silva, Ferri e Formigoni (1995) apresentaram em seus resultados a relação entre gravidade da dependência e risco para recaída. O estudo foi realizado com objetivo de identificar os motivos e estudar o padrão de recaídas em pacientes dependentes de álcool e outras drogas. Os participantes foram divididos em dois grupos, um grupo Não Recaída (N=50) e um grupo de Recaída (N=53). O grupo Recaída apresentou prevalência de diagnóstico grave para dependência de drogas enquanto que o grupo que não recaiu apresentou prevalência leve, e foram apontados como motivos para recair, fatores intrapessoais, como estados emocionais negativos, sugerindo que a falta de respostas de enfrentamento em situações de conflito pode favorecer a recaída. No tabagismo, por exemplo, alguns fatores podem aumentar o risco à recaída, como um maior nível de dependência de nicotina, (ZHANG *et al.*, 2018). Para Tuithof (2014), pacientes com mais de seis sintomas na vida para AUD, ou seja, ser avaliado com grau moderado ou grave, apresentam risco aumentado para recaídas. Outro fator de risco para recaídas em tabagistas, foi apresentado no estudo de Quisenberry *et al.* (2019), no qual os pacientes em recuperação com históricos de TUS apresentaram de 1,5 a 2 vezes mais risco de terem recaídas em comparação aos pacientes sem históricos de TUS, sendo que o risco de recaídas foi maior no primeiro ano de tratamento. A literatura não apresenta consenso acerca dos fatores que levam a recaídas, até porque em um mesmo estudo os resultados mostram vários fatores associados a recaídas. O que é evidente são as múltiplas causas e as diferentes relações que há entre a abstinência e a recaída, tornando a identificação de um possível risco de recair multifatorial e aponta para a necessidade de mapear não só o grau de recaídas, mas a história pregressa com a droga e o consumo atual, como apontado no estudo de Tuithof *et al.* (2014).

Quanto à relação entre gravidade da dependência e recaídas, o DSM-V chama a atenção para os prejuízos que o uso a longo prazo pode deixar no sujeito, sobretudo, envolvendo os circuitos cerebrais:

Uma característica importante dos transtornos por uso de substâncias é uma alteração básica nos circuitos cerebrais que pode persistir após a desintoxicação, especialmente em indivíduos com transtornos graves. Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas. Uma abordagem de longo prazo pode ser vantajosa para o tratamento desses efeitos persistentes da droga. (APA, 2014, p. 483).

Outro resultado significativo do presente estudo foi a correlação entre Tempo de CAPS e Recaídas. No estudo de Tuithof *et al.* (2014) também apontaram para a existência de recaídas no decorrer do tratamento. E como já discutido anteriormente, a recaída faz parte do processo de tratamento e não pode ser vista como um fracasso, mas sim como algo a ser avaliado e considerado. Um estudo realizado com chineses que passaram por procedimento cirúrgico, mostrou que, durante a internação no hospital os pacientes param de fumar, mas após a alta, voltam a ter recaídas, 51% tiveram recaídas no primeiro ano, destes, 49,6% das recaídas foram nos três primeiros meses e depois aumentam gradualmente (ZHANG *et al.*, 2018). Para Quisenberry *et al.* (2019), os pacientes que estão em tratamento por um ano ou menos apresentaram maior risco para recaídas. Dessa forma, os resultados do presente estudo são coerentes com os dados da literatura especializada.

Nota-se que a gravidade da dependência pode ser um agravante para recaídas e essa situação deve ser melhor analisada e estudada dentro de cada caso. Além disso, é compreensível a ocorrência de recaídas durante o tratamento, até porque, como apontado, as pessoas que usam drogas, demoram muitos anos para buscar tratamento, o que sugere que buscam ajuda em um estado mais grave da dependência.

7.3 Percepção de suporte família e a dependência química:

Em relação aos resultados acerca da percepção de suporte familiar, no escore geral, os participantes apresentaram nível baixo de percepção de suporte familiar, como em todos os fatores, indicando que os participantes percebem que as relações familiares apresentam conflito, falta de apoio e distanciamento, e essa percepção pode estar relacionada com a própria dependência. No fator Afetivo-consistente, que avalia a percepção do relacionamento familiar referente à afetividade entre os membros, os participantes apresentaram escore de 23,73 pontos, o que significa que têm baixa percepção quanto à troca de afeto dentro da família. Esse resultado indica que há vivências de relações afetivas negativas, com ausência de troca de carinho, acolhimento, empatia e outros problemas. No fator Adaptação familiar, que consiste na expressão de sentimentos negativos em relação à família, os participantes apresentaram média de 11,22 pontos, conforme a interpretação, médio-baixo quanto à percepção das relações como negativas. Isso indica que há relações agressivas, com brigas e gritos, sentimento de raiva e vergonha, isolamento, exclusão, irritação, interesse e, em momentos de conflitos, tendem a culpabilizar uns aos outros. Quanto à percepção de que existe liberdade e incentivo para se expressar, fator Autonomia Familiar, os participantes apresentaram média de 8,24 pontos, bem

abaixo da média indicada pelo instrumento. Ou seja, os participantes percebiam as relações familiares com pouca privacidade, liberdade, podendo haver relações coercitivas e firmes. (BAPTISTA, 2009).

De acordo com Sanchez, Oliveira e Nappo (2005), em um estudo com usuários e não usuários de crack, os usuários percebiam que os principais fatores para o uso de drogas estavam o abuso por um membro da família, brigas constantes, indiferença, falta de união, falta de carinho, falta de atenção e apoio por parte dos pais. O grupo que não usa a droga apontou a família como fator protetivo, por fornecer informações a respeito das consequências do uso de crack. Nota-se que a família pode ser um fator de risco e proteção, a diferença estará em como se dão as relações e como o ambiente familiar é percebido. Se for um ambiente familiar que possibilita o diálogo e expressão de opiniões e sentimentos, pode sugerir que é protetivo ao uso de substâncias psicotrópicas. Se for um ambiente conflituoso e inseguro, com vários rompimentos, brigas e xingamentos, pode ser uma fonte de estresse, e as drogas podem ser uma forma de lidar e remediá-los.

O conjunto dessas informações sugerem que o suporte social positivo se configura como fator de proteção ao envolvimento com o uso de drogas, e que o fato de estar consumindo tais substâncias tem impacto negativo na percepção de apoio social. Também indicam que a percepção do suporte social e o desenvolvimento de habilidades podem estar relacionados nessa população. (CAVALCANTI, 2018, p. 31).

Com isso, alguns estudos mostram a importância do suporte familiar diante de situações de risco, como o consumo de substâncias psicotrópicas. Como o estudo de Rigotto (2006), com 254 universitários, que buscou evidências de dois instrumentos que verificam o suporte social e familiar, o Questionário de Suporte Social (SSQ) e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), e um que avalia o autoconceito, Inventário dos Esquemas de Gênero de Autoconceito (IEGA). De acordo com os resultados, há uma relação entre o suporte social, suporte familiar e autoconceito, de forma que a satisfação com o suporte social e familiar percebidos pode estar associada com a satisfação pessoal e o autoconceito. No mesmo estudo, verificou que os sujeitos que percebiam o suporte social e familiar como satisfatórios apresentavam características positivas, como simpatia, sociabilidade, flexibilidade, maturidade, facilidade ao expressar sentimentos e outros aspectos. Em contrapartida, os sujeitos que não percebiam o suporte social e familiar como satisfatórios, apresentavam características negativas, como insegurança, agressividade, inibição, instabilidade emocional, dificuldade ao expressar sentimentos e outros (RIGOTTO, 2006).

O suporte familiar mostra-se, portanto, importante durante o tratamento para os TUS. Nóbrega (2006) verificou que, quando a família participa do tratamento no CAPSad, os pacientes se mostram mais motivados, com maior autoestima, são mais participativos e demonstram sentimento de solidariedade para os demais pacientes. Além disso, o autor percebeu que os pacientes que têm o apoio familiar apresentam maior compreensão acerca do sofrimento que sua família passa devido a sua condição.

Para Silva (2011, p. 28):

Quando a família não apresenta disposição para acompanhar os (as) usuários (as) no tratamento, estes tornam-se mais suscetíveis a irritabilidade, a pouca participação no Serviço, a baixa-auto-estima, com frequentes recaídas e ainda mais próximo do consumo do álcool, dificultando o controle do consumo, como também sua ressocialização.

No estudo realizado por Seadi e Oliveira (2009), com 672 famílias, que durou seis anos, com intuito de investigar e avaliar fatores associados à adesão ao tratamento multifamiliar no tratamento de dependentes químicos hospitalizados. Os resultados apontaram que há relação entre adesão ao tratamento e a participação da família, e que a participação de mais de dois familiares aumenta em 57,9% a adesão ao tratamento.

7.4 Repertório de habilidade sociais e a dependência química:

Quando a pessoa não tem habilidades sociais, ela pode buscar por outros meios para se sentir aceito (ZANELATTO, 2013). Com isso, até o momento, déficits em habilidades sociais são considerados como um dos fatores de risco ao consumo de drogas, como também, o consumo de drogas pode ser um fator que dificulta o desenvolvimento de novos repertórios (CAVALCANTI, 2018). Os resultados desta presente pesquisa corroboram com a literatura ao indicar a presença de um repertório inferior de habilidades sociais nos dependentes químicos avaliados. No escore geral e nos fatores Conversação assertiva, Expressão de sentimento positivo, Autocontrole/enfrentamento e Desenvoltura social, os percentis indicaram repertório inferior de habilidades sociais. O escore do fator Abordagem afetivo-sexual foi o único a indicar bom repertório de habilidades sociais.

A habilidade social de Autocontrole/enfrentamento foi a que apresentou menor escore. Para Hanna e Todorov (2002), saber lidar com situações que geram sentimentos de desconforto, como ser criticado, ofendido e perder em competições, indica habilidades de autocontrole. Tendo baixa essa habilidade, a pessoa apresenta dificuldade de controlar a impulsividade, e opta por estímulos reforçadores imediatos em vez de estímulos reforçadores de maior

magnitude, porém mais tardios. Em estudo realizado com 123 alcoolistas e 114 não alcoolistas, Feliciano, Santos, Fontoura e Ronzani (2016) pretenderam comparar o repertório de habilidades sociais de dependentes e não dependentes. Pode-se constatar, no Fator Autocontrole da agressividade, que os alcoolistas possuem menor repertório. Com isso, cabe salientar a importância de avaliar o repertório de habilidades sociais entre alcoolistas para estabelecer estratégias de treinamento das habilidades sociais que se apresentam deficitárias aliadas ao plano terapêutico.

No que se refere aos demais conjuntos ou fatores de habilidades sociais avaliados, o presente estudo corrobora com os achados de Cunha, Carvalho, Kolling, Silva e Kristensen (2007), que avaliaram as habilidades sociais de 26 pacientes dependentes de álcool, no qual estavam em tratamento em um centro de dependência química. Para levantamento de dados, os autores utilizaram o Inventário de Habilidades Sociais – IHS-Del Prette, e levantadas as crenças e expectativas pessoais acerca dos efeitos que o álcool causa. Os resultados apontaram que os pacientes tinham baixo repertório em habilidades sociais, principalmente no que diz respeito ao sentimento positivo, autoafirmação, conversação e desenvoltura social, bem como acreditam que o consumo do álcool facilita as interações sociais.

Cavalcanti (2018, p. 62) salienta que:

O centrar-se na droga é consistente com os déficits encontrados, pois envolve restrição comportamental, diminuindo a exposição a outras contingências potencialmente reforçadoras. Nas situações em que um comportamento ocorre em alta frequência, a tendência é que outros deixem de ser emitidos por um processo de concorrência de comportamentos. Os adolescentes que fazem uso frequente de maconha necessitam se engajar numa série de comportamentos para consumir a substância: planejar horário, local, e companhia para o uso, contatar fornecedor, solicitar dinheiro aos responsáveis ou negociar alternativa de pagamento ao fornecedor, preparar o uso da substância, esquivar-se de policiamento, “despistar” efeitos do consumo, entre outros. Os adolescentes deste estudo possuem uma frequência elevada de consumo, o que pressupõe um alto empenho em tais comportamentos, em detrimento de outros, com maior potencial de reforçamento social.

Diante desse conjunto de dados, é possível traçar um perfil comportamental dos pacientes do CAPS avaliados, sendo as habilidades sociais gerais deficitárias compensadas pela busca de atividade sexual (bom repertório na abordagem afetivo-sexual) e drogas. Segundo Aliane, Lourenço e Ronzani (2006), o treino em habilidades sociais é, assim, ferramenta importante na prevenção de transtornos psiquiátricos por uso abusivo de substâncias psicotrópicas, como também no tratamento de dependentes químicos. Com isso, se for pretendido o uso do Treinamento de Habilidades Sociais (THS), a avaliação é fundamental para levantar o repertório e, assim, propor estratégias adequadas que atendam às demandas

levantadas, propiciando aos usuários do CAPS acesso a novos e saudáveis ambientes reforçadores.

7.5 Correlações entre percepção de suporte familiar e habilidades sociais:

O objetivo central da pesquisa era verificar a relação entre a percepção de suporte familiar e as habilidades sociais em dependentes químicos. A dimensão suporte familiar esteve parcialmente correlacionada às habilidades sociais porque, muito embora não apresentaram correlações significantes entre elas, houve significância entre alguns fatores.

O estudo de Souza (2010) analisou a percepção de suporte social em dois grupos de usuários do CAPSad, 50 participantes dependentes de substâncias psicoativas, de uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) e 52 sujeitos não dependentes de substâncias psicotrópicas. O objetivo da separação dos grupos em sujeitos dependentes de substâncias psicoativas e não dependentes de substâncias psicoativas pautou-se pelo interesse de verificar se há diferença na percepção de suporte social entre os dois grupos. Os resultados demonstraram quanto ao escore de satisfação com o apoio social percebido, que os sujeitos não dependentes percebiam maior satisfação em comparação com os dependentes, diferença estatisticamente significativa. Porém, os sujeitos dependentes apresentaram maior diversidade nas redes de apoio em comparação com o segundo grupo, o qual tem a rede de apoio mais centrada na família.

As variáveis que apresentaram correlação significativa foram a Conversação assertiva com Autonomia, isso indicou que quanto maior a habilidade de autoafirmações em momentos que podem gerar desconforto, como, por exemplo, em situação de rejeição e oposição, maior é a percepção de que há liberdade e confiança familiar. A variável Conversação assertiva também apresentou correlação com a percepção de suporte familiar geral, indicando que quanto maior a habilidade de conversação assertiva, maior a percepção de suporte familiar geral (e vice-versa). Segundo as análises de De Sá e Del Prette (2014), a presença de baixo repertório de habilidades sociais não é um indicativo para o uso e dependência de drogas, mas que contextos específicos podem influenciar o envolvimento com tais substâncias. Em um estudo com tabagistas, Rondina, Martins, Manzato, Botelho e Refberg (2015) também verificaram insuficiência no estudo para afirmar a relação entre repertório deficitário de habilidades sociais com o tabagismo, e sugeriram mais estudo de natureza transversal e/ou prospectiva sobre o tema.

A variável Expressão de sentimento positivo apresentou correlação significativa com a percepção de suporte familiar geral, ou seja, com mais habilidades de demonstrações de afeto

e sentimentos, os participantes perceberam menos disponibilidade de apoio da família. Isto indicou que os pacientes buscavam estabelecer relações mais afetivas com seus familiares, porém não eram retribuídos. No estudo de Cavalcanti (2018), com adolescentes usuários e não usuários de maconha, verificou a existência de poucas correlações entre percepção de suporte social e habilidades sociais no grupo de usuários de maconha. No grupo de usuários de maconha indicou que quanto maior o repertório de habilidades empáticas, maior foi a percepção de suporte em situações que necessitavam tomar decisões. O repertório de habilidades sociais de Abordagem Afetiva esteve correlacionado com a percepção de apoio social total e enfrentamento de problemas, indicando que quanto mais os usuários de maconha estabeleceram relações de amizade e contatos sociais, com expressão de satisfação e insatisfação na demonstração de carinho de outras pessoas, maior foi a percepção de suporte social em momentos que exigiu tomar decisões. Já o grupo de não usuários de maconha não apresentou correlação entre as dimensões suporte social e habilidades sociais. Assim, a possibilidade de ouvir bons conselhos de amigos e familiares em momentos críticos, sendo retribuído ao buscar suporte social por meio de expressão de sentimentos positivos e conversa assertiva, merece atenção ao longo do tratamento de dependentes químicos.

No estudo de Leme, Del Prette e Coimbra (2015), avaliaram a influência da configuração familiar, habilidades sociais e suporte social como variáveis explicativas do bem-estar psicológico em adolescentes. As autoras identificaram que as habilidades sociais (exceto a assertividade) e a percepção de apoio de amigos e família foram os melhores preditores de bem-estar psicológico dos participantes, no entanto, a configuração familiar não se associou a esta variável. A multiplicidade de nuances entre as habilidades sociais dos dependentes químicos e todo o contexto implicado na busca e recebimento de suporte familiar é um tema que permanece em desafio aos futuros pesquisadores.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se sugerir que a demora em buscar ajuda para realizar o tratamento, faz com que, quando o dependente químico busca tratamento, a dependência já está em um nível mais avançado, e a pessoa apresenta maiores comprometimentos de saúde e comorbidades que, aliados a dependência, podem agravar o quadro de saúde. Com isso, o CAPS deve contar com profissionais que estejam capacitados para atender a essa população, e o tratamento dos TUS deve considerar vários aspectos, como o grau de dependência, fatores de vida que podem ser preditivos de recaídas, como conflitos familiares, e o histórico de recaídas e lapsos. Além disso, o desenvolvimento de estratégias de intervenção deve considerar as peculiaridades de cada tipo de droga e atender as necessidades de cada paciente. Os achados do presente estudos reforçam a necessidade de mais estudos sobre as possíveis associações do suporte familiar e das habilidades sociais com a dependência química e seus problemas inerentes, como a recaída.

É certa a necessidade e a importância da família como suporte durante o tratamento dos TUS, bem como é também um importante mecanismo de enfrentamento frente as situações-problemas, em que a família, como primeira rede social, serve de apoio quando surgem as dificuldades, e é com ela que iniciamos a aprendizagem de comportamentos, como saber dizer não, expressar opiniões e solicitar ajuda de forma assertiva. Considerando a discussão da literatura, as habilidades sociais e a percepção de suporte social são descritas como uma importante fonte de proteção diante de situações de risco. As habilidades sociais são importantes para o enfrentamento, em que a pessoa consegue lidar com situações aversivas e que geram sentimentos aversivos. Já o suporte social e a capacidade do sujeito de solicitar ajuda podem ser fortes mediadores de conflitos

No presente estudo, os usuários demonstraram perceber suas famílias como uma fonte de pouco suporte, indicando que podem haver conflitos familiares, com brigas, ofensas e xingamentos, como também é percebido como uma fonte fraca para apoio em momentos de dificuldades. O repertório de habilidades sociais deficitário pode ter exercido influência nas relações conflituosas das famílias dos participantes, uma vez que ter habilidades sociais favorece o estabelecimento de relações sociais satisfatórias, além de ser apontado pela literatura como fator de proteção frente ao uso de drogas.

Com isso, sugere-se o uso do Treinamento de Habilidades Sociais (THS), como uma das estratégias de tratamento no CAPS para os pacientes dependentes químicos, para que desenvolvam repertório que facilite o acesso a novos e saudáveis ambientes reforçadores, como familiares e com a sociedade. O THS pode ajudar, caso apontado como necessário na avaliação

prévia do repertório comportamental, no desenvolvimentos de habilidades de enfrentamento, essa que é imprescindível diante do enfrentamento ao início do uso de drogas e como estratégia de prevenção a recaídas.

Notou-se a necessidade de estudos sobre as características clínicas dos usuários, considerando o histórico de consumo antes, durante e após o tratamento para buscar compreender melhor essas variáveis e as recaídas. Estudos com pacientes que estejam em abstinência também seriam interessantes para avaliar os fatores que estão relacionados ao sucesso do tratamento da dependência química no serviço público de saúde.

Contudo, o presente estudo apresenta achados em uma amostra de conveniência composta por 100 pacientes, do sexo masculino, de um CAPS da região norte do Brasil, avaliados por psiquiatra e psicóloga, minimizando a escassez de trabalhos junto à população de usuários de drogas em tratamento para dependência química no serviço público de saúde no estado de Rondônia.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, R. E.; EMMONS, M. L. **Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão**. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.
- ALIANE, P. P.; LOURENÇO, L. M.; RONZANI, T. M. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 01, p. 83-88, 2006.
- ÁLVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 56, n. 03, p. 188-193, 2007.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. **Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, p. 355-366, 2005.
- APA-American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno (DSM-V)**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli *et al.* Porto Alegre: ArtMed, 2014.
- ARAGÃO, A. T. M.; MILAGRES, E.; FIGLIE, N. B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, [S.I.], v. 14, n. 01, p. 117-123, 2009.
- AZEVEDO, C. S.; SILVA, R. S. A importância da família no tratamento de dependente químico. **Revista de Psicologia**. V. 16, n. 25, 2013.
- BAPTISTA, M. N. **Inventário de percepção de suporte Familiar (IPSF)**. Makilim Nunes Baptista. – São Paulo: Vetor, v. 01, 2009.
- BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamentos Interpessoais**. Caso do Psicólogo, Ed. 01. 2006.
- BERTABNOLLI, A. C.; KRISTENSEN, C. H.; BAKOS, D. S. Dependência de álcool e recaída: considerações sobre a tomada de decisão. **Aletheia**, Canoas, n.43-45, p. 188-202, 2014.
- BRAJEVIC-GIZDIC, I.; MULIC, R.; PLETIKOSA, M.; KLJAJIC, Z. Self-perception of drug abusers and addicts and investigators' perception of etiological factors of psychoactive drug addiction. **Collegium Antropologicum**, v. 33, p. 225-231, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental do SUS: os centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.**

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas> Acesso em: 15 de outubro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 01, de 09 de março de 2018. **PNAD-Política Nacional sobre Drogas**, Brasília, DF, nº 49, seção 01, p. 128, 2018. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_D E_2018.aspx Acesso em: 12 de março de 2019.
- CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo, SP: *Santos*. 2003.
- CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** / E. A. Carlini (supervisão) [et. Al], - - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. 2007.
- CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, A. S. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: **UNIFESP**; 2002.
- CAVALCANTI, M. G. V. **Habilidades sociais e suporte social em adolescentes usuários de maconha e não usuários de drogas**. 2018. 85f. Dissertação (Mestre em psicologia do Desenvolvimento e aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciência, Bauru.
- CHAUHAN, V. S.; NAUTIYAL, S.; GARG, R.; S. CHAUHAN, K. To identify predictors of relapse in cases of alcohol dependence syndrome in relation to life events. **Industrial Psychiatry Journal**, v. 27, n. 01, p. 73–79, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6198591/>> Acesso em: 01 de agosto de 2019.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 04, p. 887-896, 2001.
- COSTA, A. G; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 01, p. 73-79, 2005.
- COSTA, L. F. P. **Desafios de familiares envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos**. 2014. 120f. dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa (PB), 2015.

- CUNHA, S. M.; CARVALHO, J. C. N.; KOLLING, N. M.; SILVA, C. R.; KRISTENSEN, C. H. Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 3, n. 01. 2007.
- DE SÁ, L. G. C.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais como preditoras do envolvimento com álcool e outras drogas: um estudo exploratório. **Interação em Psicologia**, v. 18, n. 02, 2014.
- DEL PRETTE, A. Z.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS2-Del-Prette)**: manual de aplicação, apuração e interpretação / Zilda A. P. Del Prette, Almir Del Prette. -- São Paulo: Person Clinical Brasil, 2018.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência social e habilidades sociais**. Manual teórico-prático. Petrópolis: Vozes, 2017.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais**: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais**: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P.; BANDEIRA, M.; COSTA, M. N.; GERK-C, E. Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (inabilidades sociais): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. **Estudos em Psicologia**, v. 05, n. 02, p. 401-419, 2000.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P.; CASTELO BRANCO, U. V. Competência social na formação do psicólogo. **Paidéia: Cadernos de Educação**, v. 2, p. 40-50. 1992.
- Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância**: teoria e prática. Petrópolis, RJ: Vozes. 2005.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Avaliação multimodal de habilidades sociais em crianças: Procedimentos, instrumentos e indicadores. Em M. Bandeira, Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal** (pp. 47-68). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. **Perspectivas**, São Paulo, v. 01, n. 02, p. 104-115, 2010.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Psicologia educacional, forense e com adolescente em risco: Prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. **Avaliação Psicológica**, v. 05, n. 01, p. 99-144, jun. 2006.
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.I.], v.16, n. 03, p. 221-231, 2000.

- DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARAJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. V. 28, n. 4, p. 545-557, 2008.
- DUARTE, Y. A. O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. 196f. Tese (Doutorado em XX) - Escola de Enfermagem– USP, São Paulo, 2001.
- FALCONE, E. O. Habilidades Sociais: para além da assertividade. Em R.C. Wielenska (Org.) **Sobre o comportamento e cognição**: questionando a teoria e as interações clínicas e em outros contextos. ESETec, São Paulo, p. 211- 221, 2000.
- FELICISSIMO, F. B.; SANTOS, J. A.; FONTOURA, L. O.; RONZANI, T. M. Habilidades Sociais em alcoolistas. **Psicologia: teoria e pesquisa**, 2016.
- FERREIA, G. C. L. **Estigma internalizado e suporte social entre dependentes de crack em situação de vulnerabilidade social**. 2013. 143f. Dissertação (Mestrado em. Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora. 2013.
- FIGLIE, N. B.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicosociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.
- FRANCISCHETTO, V.; SOARES, A. B. Habilidades sociais e apego na dependência de substâncias psicoativas. Em FALCONE, E. M. O.; OLIVE, A. D.; FIGUEIREDO, C. (Org.) **Produções em Terapia cognitiva- comportamental**. Casa do Psicólogo, São Paulo, p. 393- 415. 2012.
- GABATZ, R. I. B., SCHMIDT, A. L., TERRA M. G., PADOIN, S. M. M., SILVA, A. A., LACCHINI, A. J. B. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 34, n. 01, 2013a.
- GABATZ, R. I. B, JOHANN, M.; TERRA, M. G.; PADOIN, S. M. M.; SILVA, A. A.; BRUM, J. L. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 34, n. 01, 2013b.
- GONÇALVES, T. R.; PAWLOWSKI, J.; BANDEIRA, D. R.; PICCININI, C. A. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 16, n. 03, p. 1755-1769, 2011.
- GUEDES, M. F.; CARVALHO, M H. **O uso precoce de bebidas alcoólicas e seus reflexos na vida dos adolescentes**. 2018.
- HANNA, E. S.; TODOROV, J. C. Modelos de autocontrole na análise experimental do comportamento: utilidade e crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 03, p. 337-343, 2002.
- HASLAM, S. A.; O'BRIEN, A.; JETTEN, J.; VORMEDAL, K. & PENNA, S. Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. **British Journal of Social Psychology**, v. 44, p. 355-370. 2005.

- HUPCEY, J. E. Clarifying the social support theory-research linkage. **Journal Advan Nurs**, v. 27, p. 1231-1241, 1998.
- JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. Characteristics of cannabis users seeking treatment in São Paulo, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 23, n. 06, p. 384-393, 2008
- LARANJEIRA, R. *et. al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.
- LARANJEIRA, R. *et. al.* **Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD) – 2013**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2017.
- LARANJEIRA, R., JUNGERMAN, F., DUNN, J. **Drogas: maconha, cocaína e crack**. São Paulo: Editora Contexto. 2003.
- LARANJEIRA, R.; DUAILIBI, S. M.; PINSKY, I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 27, n. 03, p. 176-177, 2005.
- LEME, V. B. R.; DEL PRETTE, Z. A.; Coimbra, S. Social skills, social Support and well-being in adolescents of diferente Family configurations. **Paidéia**, v. 25, n. 60, p. 09-18, 2015.
- LIMA, D. R. The role of neurocognitive functioning, substance use variables and the DSM-5 severity scale in cocaine relapse: A prospective study. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 197, p. 255-261. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871618306276>> Acesso em: 16 de agosto de 2019.
- LIMA, H. A; MÂNGIA, E. F. Estratégias grupais voltadas aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas: uma revisão narrativa. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 294-300, maio/ago. 2015.
- LIMA, J. M. B. **Alcoolologia: o alcoolismo na perspectiva da Saúde Pública**. Rio de Janeiro (RJ): Med Book Editora Científica; 2007
- MACEDO, J. P. *et al.* A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 02, p. 258-278, 2018.
- MAGALHÃES, P. P.; MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 11, p. 28-37, 2003.
- MARTINS, A. G.; NASCIMENTO, A. R. A. Violência doméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 01, p. 107-121, 2017.

- MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 398-405. 2004.
- MATIAS, R. C. **Um estudo sobre apoio social, motivação e autoconceito: relações com o desempenho acadêmico de universitários**. 2015. 86f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2015.
- MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 05, p. 675-681, 2002.
- MELLO, P. F.; LIMA DE PAULO, M. A. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 41-51, dez. 2012.
- MILLER, R.; JEFF-DARLINGTON. Who supports? The providers of social support to dual-parent families caring for young children. **Journal of community Psychology**, v.30, n. 05, p. 461-473, 2002.
- NIMTZ, M. A.; TAVARES, A. M. F.; MAFTUM, M. A.; FERREIRA, A. C. Z.; BORBA, L. O.; CAPISTRANO, F. C. Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, n. 04, p. 667-672, 2014.
- OLIVEIRA, M. S. Abordagens psicoterápicas. Em: PULCHEIRO, G.; BICCA, C.; F. A.S. (Org.) **Álcool, outras drogas, informações: O que cada profissional precisa saber**. Casa do Psicólogo, São Paulo, P. 125-145, 2002.
- OMS-Organização Mundial da Saúde. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Resumo. Genebra, 2004.
- OMS-Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e diretrizes Diagnósticas** –Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano—Porto Alegre: ArtMed, 1993.
- ONU – Organização das Nações Unidas. **Relatório Mundial sobre Drogas**. Publication Sales No. E. 07.XI.5 ISBN 978-92-1-148222-5. 2007.
- PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. 2001. XXf. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- PINHEIRO, M. I. S.; HAASE, V.G.; AMARANTE, C. L. D.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. Treinamento de Habilidades Sociais e educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 03, 407-414, 2006.
- QUISENBERG, A. J.; PITTMAN, J.; GOODWIN, R. D.; BICKEL. W. K.; D’URSO, G.; SHEFFER, C.E. Smoking relapse risk is increased among individuals in recovery.

Drug Alcohol Depend, v. 202, p. 93-103, 2019. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31325822>> Acesso em: 13 de agosto de 2019.

RESOLUÇÃO CFP Nº 010/05. **Código de Ética do Profissional Psicólogo**.
Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>> Acesso em janeiro de 2018.

RESOLUÇÃO nº 06/2019. **Institui as regras para a elaboração de documentos escritos por psicólogos no exercício profissional**, revogando as resoluções 07/2003 e 15/1996. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf> Acesso em: 28 de fevereiro de 2019.

RIBEIRO, C. T.; FERNANDES, A. H. Tratamentos para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites de articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise. **Anal Revista de Psicanálise**, v. 01, n. 02, p. 33-38, 2013.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Revista Análise Psicológica**, [S.I.], v. 3; n. 17, p. 547-558, 1999.

RIBEIRO, M. et al. Diretrizes em foco: abuso e dependência de maconha. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 05, p. 241-255, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RIGOTTO, D. M. **Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito**. 2006. 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade São Francisco, Itatiba, 2006.

RONDINA, R. C.; MARTINS, R. A.; MANZATO, A, C.; BOTELHO, C.; REFBERG, B. Habilidades sociais em tabagistas: um estudo com universitários brasileiros. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 17, n. 02, 2015.

ROSA, L. C. S. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Em: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual de ajuda e suporte mútuos em Saúde Mental para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ/ Ministério da Saúde; 2013.

SANCHES, J. F. A; ALMEIDA, K. P. B.; MAGALHÃES, J. M. O significado dos usuários de álcool e outras drogas sobre recaídas. **Revista Interdisciplinar**, v. 08, n. 02, 2015.

SANCHEZ, Z., OLIVEIRA, L., NAPPO, S. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 04, p. 599-605, 2005.

SAYAGO, CRISTINA BEATRIZ WÜRDIG. **Características de usuários de crack internados em serviços especializados de Porto Alegre**. 2011. 95f. (Dissertação de Mestrado) -Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 03, 2004.
- SCHNEIDER, J. A.; LIMBERGER, J.; ANDRETTA, I. Habilidades sociais e drogas: revisão sistemática da produção científica nacional e internacional. **Avances en psicología latinoamericana**, v. 34, n. 02, p. 08, 2016.
- SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 02, p. 363-378, 2009.
- SECO, G. *et al.* Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. **Psicologia e Educação**, vol. 04, n. 01, 2005.
- SEGRIN, C.; MCNELLIS, M.; SWIATKOWSKI, P. social skills, social support, and psychological distress: a test of the social skills deficit vulnerability model. **Human Communication Research**, v. 42, p. 122-137, 2016.
- SEIDL, E. M. F. *et al.* Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 03, p. 188-195, 2005.
- SILVA, B. L. C. **Famílias**: uma análise de sua importância no tratamento dos (as) usuários (as) de álcool no CAP AD de Campina Grande/PB. 38f. (Monografia de Serviço social) Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-Paraíba. 2011.
- SILVA, C. J.; LARANJERIA, R. **Diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool**. 2006.
- SILVA, E. A.; FERRI, C. P.; FORMIGONI, M. L. O. S. Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 06, p. 311-315, p. 1995.
- SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista Rene**, v. 15, n. 06, 2014.
- SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 06, p. 1007-1015, 2014.
- SIMÃO, M. J. P. **Depressão pós-parto e aspectos psicossociais associados**: suporte social e eventos vitais adversos. 2003f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- SOARES, J. R.; FARIAS, S. N. P.; DONATO, M.; MAURO, M. Y. C.; ARAUJO, E. F. S.; GHELMAN, L. G. A importância da família no processo de prevenção da recaída no alcoolismo. **Revista de Enfermagem**. UFRJ, v.22. n. 03, p. 342-346, 2014.

- SOUZA, J. **Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas**. 2010. 128f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, jan./abr. 2002.
- TUITHOF, M.; DEZ, M.; BRINK, W. V. D.; VOLLEBERGH, W.; GRAAF, R. Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. **Drug Alcohol Depend**, v. 01, n. 140, p. 85-91, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24793368>> Acesso em: 11 de agosto de 2019
- UNOD - United Nations office on Drugs and crime. **World Drug Report 2017**, United Nations, New York, may, 2017.
- UNODCCP-United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. **World Drug Report**. New York: United Nations Publication. 2006.
- VAILLANT, G. E. As adições ao longo da vida: Implicações Terapêuticas. Em G. Edwards & C. Dare (Orgs.), **Psicoterapia e tratamento de adições** (M.A.V. Veronese) Porto Alegre: Artes Médicas, p. 05-18, 1997.
- VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N.; ROCHA F. M.; OLIVEIRA, M. A. F. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS ad) sobre o dependente químico. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 02, 2013.
- ZACHARIAS, D. G.; GARCIA, E. L.; PETRY, E. L. S.; BRINGMANN, G.; SKOLAUDE, L. N. Familiares de usuários do crack: da descoberta aos motivos para o uso da droga. Em: Jornada de Pesquisa em Psicologia, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, p. 16-29, 2011.
- ZANELATTO, N. A. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. Em; LARANJEIRA, R.; ZANELATTO, N. A. (Orgs.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto alegre: Artmed, p. 172-178, 2013.
- ZHANG, T.; WANG, L.; XU, Z.; ZHAG, Q.; YE, Y. Predictors of smoking relapse after percutaneous coronary intervention in Chinese patients. **J Clin Nurs**, v. 27, p.05-06, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28833665>> Acesso em: 11 de Agosto de 2019.

APÊNDICE

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAM DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa intitulada “Percepção de suporte familiar e habilidades sociais como forma de prevenção de recaídas em dependentes químicos” de responsabilidade da pesquisadora Priscila Soares Moura, sob orientação do Dr. Fabio Biasotto Feitosa. Após ser esclarecido acerca das informações a seguir sobre a pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, solicito que assine ao final deste documento apresentado em duas vias, sendo uma do participante e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado.

Pesquisadora Responsável: Priscila Soares Moura

Telefone para contato: (69) 9 9606 2778 **E-mail:** priscila_knupp@hotmail.com

Neste estudo, pretendemos analisar as relações entre habilidades sociais e a percepção de suporte familiar diante da prevenção de recaídas de dependentes de substâncias psicotrópicas. O motivo que nos leva a estudar esse tema é compreender se o repertório de habilidades sociais exerce influência no suporte familiar percebido, e como essas podem ser entendidas na prevenção de recaídas. Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos: serão aplicados um questionário sociodemográfico, a fim de levantar informações como a idade, escolaridade, com quem mora, modalidade e tempo de tratamento realizado. Serão adotados também um instrumento que levantar o repertório de habilidades sociais e um instrumento que avalia como o sujeito percebe o suporte familiar.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, assim, em nenhum momento será possível identifica-lo a partir dos dados coletados. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão usados apenas para fins científicos.

O presente estudo causará risco mínimo ao participante, os benefícios são de cunho científico. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou

interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, a pesquisadora responsável assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade federal de Rondônia.

Campus-BR 364, Km 9,5 CEP:76801-059 – Porto Velho-RO.

Fone: (69) 2182-2116. E-mail: cep@unir.br

Tendo eu compreendido tudo o que foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo, e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso

Eu, _____, dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Porto Velho-RO, _____ de _____ de 2019.

APÊNDICE-B FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAM DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Idade: _____.
Mora com quem: <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Com algum membro da família Quem são? _____
Está trabalhando: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Profissão: _____.
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Outro: _____.
Filhos: <input type="checkbox"/> Sim; Quantos: _____. <input type="checkbox"/> Não
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Apenas alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo
Tempo de tratamento atual no CAPS: _____.
Já fez tratamento em outro local? <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? _____. <input type="checkbox"/> Não
Informações de prontuário (tipo de droga/grau de dependência/quantidade de recaídas) _____

APÊNDICE C- CARTA DE APRESENTAÇÃO

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAM DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA PESQUISA**

Sr. (a) Diretor (a) Geral

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “Percepção de suporte familiar e habilidades sociais como forma de prevenção de recaídas em dependentes químicos” a ser realizada sob responsabilidade da mestrandia Priscila Soares Moura, sob orientação do prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa. A pesquisa tem o objetivo analisar as relações entre habilidades sociais e a percepção de suporte familiar diante da prevenção de recaídas de dependentes de substâncias psicotrópicas.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo, apresentação eventos científicos e publicação, visando o fomento científico mantendo a caráter confidencial da instituição e dos participantes.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria/Coordenação/Chefia, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que fizerem-se necessários.

Porto Velho-RO, _____ de _____ de 2019.

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE D-CARTA DE ANUÊNCIA

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAM DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Eu, _____,
_____, afirmo estar ciente das
propostas apresentadas pela mestrandia Priscila Soares Moura, a fim de realizar a pesquisa
intitulada “Percepção de suporte familiar e habilidades sociais como forma de prevenção de
recaídas em dependentes químicos” durante o período de junho de 2019, e autorizo a realização
da coleta de dados nas dependências do
_____.

Porto Velho-RO, _____, de _____ de 2019.

(Assinatura do responsável pela instituição com carimbo)

ANEXO

ANEXO A- PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de suporte familiar e habilidades sociais como forma de prevenção de recaídas em dependentes químicos

Pesquisador: PRISCILA SOARES MOURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13100519.2.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.361.759

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI) da Fundação Universidade Federal de Rondônia, Intitulado Percepção de suporte familiar e habilidades sociais como forma de prevenção de recaídas em dependentes químicos, de autoria de Priscila Soares Moura, sob orientação do Dr. Fabio Blasotto Feitosa. A pesquisa vai envolver 100 sujeitos, com idade entre 18 e 57 anos, sexo masculino, dependentes de substâncias psicotrópicas que estão em tratamento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as relações entre habilidades sociais e a percepção de suporte familiar diante da prevenção de recaídas de dependentes de substâncias psicotrópicas.

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-3C
Bairro: Zona Rural CEP: 76.801-050
UF: RO Município: PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 Fax: (69)2182-2110 E-mail: cep@unir.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 3.201.729

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo causará risco mínimo ao participante, os benefícios são de cunho científico. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Benefícios:

A pesquisa visa o desenvolvimento tecnológico e social no que diz respeito o tratamento de dependência química.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo torna-se interessante pela necessidade de estudos específicos acerca das peculiaridades envolvidas na dependência química, em virtude da sua complexidade e variedade de dimensões que podem afetar o início do uso de substâncias psicotrópicas, bem como o seu tratamento e prevenção de recaídas, optou-se, nesta pesquisa, o estudo da prevenção de recaídas, tendo em vista as relações entre habilidades sociais e a percepção de suporte familiar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Baseado nas Resoluções vigentes 466/12 e 510/16, o projeto atendeu os requisitos solicitados em análise de sua documentação apresentada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.htm, bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 218-2C
Bairro: Zona Rural CEP: 78.601-050
UF: RO Município: PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2118 Fax: (69)2182-2110 E-mail: cep@unir.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR**



Continuação do Parecer: 3.361.759

separada. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Todos os projetos submetidos ao CEP/NUSAU/UNIR são avaliados com base na Resolução 456/12, Resolução 510/16 (quando pertinente) e nas Normas Operacionais emanadas da CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1310253.pdf	01/05/2019 01:04:35		Acelto
Outros	Carta_de_anuenda.pdf	01/05/2019 01:02:03	PRISCILA SOARES MOURA	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_assentimento.docx	01/05/2019 00:56:19	PRISCILA SOARES MOURA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	01/04/2019 22:45:08	PRISCILA SOARES MOURA	Acelto
Orçamento	Orcamento.docx	01/04/2019 21:59:08	PRISCILA SOARES MOURA	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	01/04/2019 21:58:50	PRISCILA SOARES MOURA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/04/2019 21:08:51	PRISCILA SOARES MOURA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus José Rêbello Filho - BR 364, Km 0,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-02
Bairro: Zona Rural CEP: 76.801-050
UF: RO Município: PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 Fax: (69)2182-2110 E-mail: cep@unir.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Processo: 3.561.759

PORTO VELHO, 31 de Maio de 2019

Assinado por:
Elen Petean Parmejiani
(Coordenador(a))

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 584, Km 0,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural CEP: 78.801-050
UF: RO Município: PORTO VELHO
Telefone: (69)2183-2118 Fax: (69)2183-2110 E-mail: cep@unir.br