

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JACQUELINE DE SOUZA

Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e
não dependentes de substâncias psicoativas

Ribeirão Preto

2010

JACQUELINE DE SOUZA

Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e
não dependentes de substâncias psicoativas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor
em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

Ribeirão Preto

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Jacqueline de

Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas. Ribeirão Preto, 2010.

128p. il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Margarita Antonia Villar Luis.

1. Apoio social. 2. Redes sociais. 3. Drogas de abuso. 4. Saúde Mental

SOUZA, Jacqueline de.

PERCEPÇÃO DE APOIO SOCIAL E CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE DEPENDENTES E NÃO DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

DEDICATÓRIA

À minha família pelo amor, carinho e amparo.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à minha rede de apoio social a minha gratidão:

Apoio emocional, material, informacional, incondicional, total: Manoel, Julio e Luís.

Minha cunhada Malvina, meu sobrinhos queridos

Minha orientadora Margarita

Sueli e Renata do Laboratório Stress, Álcool e Drogas

Profa. Cláudia pela imensa ajuda

Meus amigos de Ribeirão Preto: Janaína, Ju Monte, Lidervan, Sill, Juzinha, Felipe, Grace, meus vizinhos Fernando, Gabriela, Flávio, Eliane, Rose e aos demais moradores da Casa 12

Ao meu querido Roberto, com amor

Às assistentes sociais e moradia da pós-graduação que proporcionaram apoio fundamental para a concretização de um dos meus sonhos: realizar o doutorado

Aos profissionais do CAPS ad, sobretudo à Cidinha pelo acolhimento e dedicação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Verdade

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

(Carlos Drummond Andrade)

RESUMO

SOUZA, Jacqueline de. **Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas**. 2010. 128f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A sociedade brasileira marcada pelo traço de desigualdade social é um dos cenários no qual a questão do uso de álcool e drogas coexiste com as condições e relações sociais, arranjos familiares e situações de estresse. Assim, a dependência de substância, as co-morbidades, modalidades de tratamento e recaídas durante o processo de reabilitação são fatores que devem ser contextualizados neste cenário. Em relação às políticas públicas a Organização Mundial da Saúde, no âmbito da saúde mental, prevê o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico como seres sociais visando a reintegração destes sujeitos na comunidade; o Ministério da Saúde, na proposta do Sistema Único de Saúde por sua vez, preconiza a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas priorizando a atenção primária, a educação em saúde, garantia de atenção na comunidade e envolvimento das redes sociais. Os estudos recentes trazem à luz a importância da abordagem da rede e apoio social nesta área como possibilidade de repensar e propor novas perspectivas para o aprimoramento da pesquisa e da prática em saúde mental com foco nos indivíduos dependentes de substâncias psicoativas. Portanto o presente estudo diz respeito ao apoio social e uso de drogas considerando os sujeitos inseridos em seus contextos de relações e condições sociais. Logo o objetivo proposto foi o de analisar a diferença entre dependentes e não dependentes de substâncias quanto à percepção de apoio, utilizando um instrumento de medida de apoio social validado, e identificar possíveis especificidades da rede de apoio destes indivíduos. O referencial teórico metodológico adotado é o de apoio social na perspectiva do “*Buffering Model*”, e a Análise de Redes Sociais (ARS). A amostra dos sujeitos foi composta por indivíduos do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) e de uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) do município de Ribeirão Preto totalizando 102 indivíduos sendo 50 dependentes e 52 não dependentes de substâncias. Foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos a saber, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, consentimento livre e esclarecido e observação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Quanto aos resultados a amostra foi homogênea em relação às baixas condições sócio-econômicas e escore referente ao número de apoiadores. No entanto, em relação ao escore de satisfação com o apoio social os dependentes de substâncias mostraram-se menos satisfeitos com o apoio social disponível quando comparados com os não dependentes de drogas (diferença estatisticamente significativa). Apesar disso, os indivíduos do CAPSad apresentaram redes mais diversificadas em sua composição enquanto os não dependentes de drogas apresentaram redes mais densas centradas, de um modo geral, no círculo familiar. Convém destacar que entre os não dependentes de substâncias, 27% consomem álcool e ou outras drogas num padrão que, embora não caracterize dependência, de acordo com os pontos de corte do Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e outras Substâncias (ASSIST) seriam beneficiados da intervenção breve. A discussão dos resultados deste estudo, certamente dará uma contribuição importante tanto para direcionar as práticas terapêuticas vigentes quanto para subsidiar futuras investigações da área.

Palavras-Chave: apoio social, drogas, saúde mental, substâncias psicoativas, redes sociais

ABSTRACT

SOUZA, Jacqueline de. **Perceived social support and social network features, differences between dependent and not dependent on psychoactive substances.** 2010. 128f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

The Brazilian society is marked by social inequality and is one of the scenarios in which the issue of alcohol and drugs coexists with economic conditions, family and social relationships and the different stress situations. Thus, substance dependence, co-morbidities, treatment modalities and relapse are factors that must be contextualized in this scenario. Regarding the mental health, the World Health Organization directs that persons with mental disorders are treated as social beings with the goal of reintegration of these individuals in the community. The proposal of the Brazilian Unified Health System recommends full attention to the users of alcohol and other drugs with priority for primary care, health education, ensuring attention to community involvement and social networks. Recent studies highlight the importance of addressing the social network and support of drug addicts as a possibility to reflect and propose new research and practice in mental health for individuals addicted to drugs. Therefore, the present study concerns the social support and drug use considering the subjects included in their contexts of social relations and conditions. The objective was to analyze the difference between drug addicts and no drug addicts in perception and structure social network for these individuals. The theoretical framework adopted is social support in view "Buffering Model" and the Social Network Analysis (SNA). The sample of subjects consisted of 50 drug addicts and 52 no drug addicts of public health services in Ribeirão Preto. The project was approved by the Ethics Research Committee. Results: the sample was homogeneous with regard to low socio-economic score and the perceived number social support. The satisfaction with social support available of drug addicts was less when compared to no drug addicts (statistically significant). Nevertheless, the no drug addicts showed denser networks focused in the family and drug addicts have more diverse composition of networks. Among no drug addicts, 27% consume alcohol and other drugs in a pattern that according Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) would benefit from brief intervention. The discussion of the results of this study will give an important contribution to direct the therapeutic practices and support future investigations of the area.

Keywords: social support, drugs of abuse, mental health, psychoactive substances, social networks

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição dos estudos de acordo com o tipo e temática	23
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos segundo o sexo	76
Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos segundo a cor.....	76
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de moradia	77
Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos segundo a renda per capita	77
Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado conjugal.....	77
Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos segundo a situação de emprego/trabalho.....	77
Quadro 1 – Mapa conceitual da origem teórica do construto apoio social	46
Quadro 2 – principais marcos teóricos do desenvolvimento da análise de redes sociais	53
Quadro 3 – Mapa conceitual do desenho do estudo.....	68
Quadro 4 – Equipe do CAPS ad.....	74
Quadro 5 – Principais características das redes dos sujeitos do CAPS ad e do CSE.....	92
Figura 1 – Exemplo de matriz para análise de rede.	54
Figura 2 – Exemplo de grafo utilizado na análise de rede	55
Figura 3 – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo e Localização de Ribeirão	71
Figura 4 – Município de Ribeirão Preto e distribuição distrital de saúde.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade e tipos dos estudos selecionados e as respectivas bases de dados.	22
Tabela 2 – Caracterização de instrumentos que mensuram apoio social.....	50
Tabela 3 – Propriedades psicométricas do SSQ.....	64
Tabela 4 – Medidas de dispersão das variáveis: idade, anos de estudo, número de filhos, número de pessoas que moram na casa, número de pessoas que contribuem com a renda, renda familiar e número de dependentes da renda.	79
Tabela 5 – Média e desvio-padrão e valor de p para teste de diferença entre as médias dos escores SSQ-S e SSQ-N	80
Tabela 6 – Análise das variáveis SSQ-S, SSQ-N em relação à situação de emprego, estado conjugal e situação de moradia dos sujeitos do estudo (N=102).....	82
Tabela 7 – Análise das variáveis SSQ-S, SSQ-N em relação renda per-capita dos sujeitos do estudo (N=102).....	83
Tabela 8 – Teste de correlação entre SSQ-S e anos de estudo e SSQ-N e anos de estudo (N=102). 83	
Tabela 9 – Composição da rede de apoio dos dois grupos	84
Tabela 10 – Medidas de dispersão da densidade da rede de dependentes e não dependentes de substâncias e valor de p no teste de diferença entre médias	86
Tabela 11 – Escores dos sujeitos do grupo do CSE que relataram consumo que requer intervenção breve, de acordo com ASSIST	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANOVA	Análise de variância
ARS	Análise de Rede Social
ASSIST	Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e outras Substâncias
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSE	Centro de Saúde Escola
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DRSXIII	Departamento Regional de Saúde XIII – Ribeirão Preto
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
e_conj	Estado conjugal
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
gl	Graus de liberdade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IC	Intervalo de confiança
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento do Ensino
r_capita	Renda per capita
RD	Redução de Danos
RevEnf	Portal de Revistas de Enfermagem
SNA	Social Network Analysis (Análise de Rede Social)
SPSS	Statistics Package for Social Sciences
SQ	Soma dos quadrados
SSQ	Social Questionnaire Support (Questionário de Suporte Social)
SSQ-N	Escore relacionado ao número de apoio social
SSQ-S	Escore relacionado à satisfação com o apoio social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UNSE	Universidad de Santiago del Estero na Argentina
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 CONDIÇÕES SOCIAIS, FAMÍLIA, ESTRESSE E O USO DE DROGAS.....	23
2.2 APOIO FORMAL AO USUÁRIO DE DROGAS: CO-MORBIDADE, RECAÍDA, MODALIDADES DE TRATAMENTO.....	30
2.3 TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL: O CAPS AD	36
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4 JUSTIFICATIVA	41
5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	42
5.1 APOIO SOCIAL	42
5.2 ANÁLISE DE REDES SOCIAIS (ARS).....	51
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	58
6.1 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	58
6.2 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA	58
6.3 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	59
6.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS	59
6.5 COLETA DOS DADOS	60
6.6 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS	61
7 ANÁLISE DOS DADOS	69
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
8.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....	72
8.2 O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA SUMAREZINHO.....	75
8.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	75
8.4 APOIO SOCIAL: DISPONIBILIDADE E SATISFAÇÃO	80
8.5 CARACTERIZAÇÃO E ASPECTOS ESTRUTURAIS DAS REDES DE APOIO SOCIAL	83
9. CONCLUSÃO	93
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE	107
ANEXOS	118

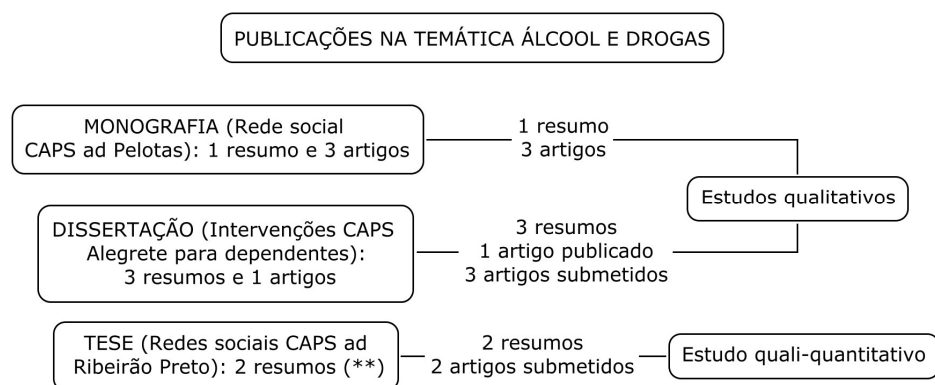
APRESENTAÇÃO

*Dor não tem nada a ver com amargura.
Acho que tudo que acontece
é feito pra gente aprender cada vez mais,
é pra ensinar a gente a viver. Desdobrável.
Cada dia mais rica de humanidade*

(Adélia Prado)

Considerando a complexidade do uso abusivo de álcool e drogas e a influência deste fenômeno no meio familiar e social, apresento o meu interesse em tal temática como advindo do meu conhecimento empírico, da minha convivência estreita com esta questão que têm abrangido no mínimo três gerações da minha família - situação cujos recursos disponíveis e respectivas resolubilidades não se apresentaram como favoráveis ao longo dos anos. Tal questão foi se consolidando numa inquietação de fato no que diz respeito às práticas e intervenções desta área do saber. Atrélada à escolha da carreira de enfermagem (sobretudo pela característica central da profissão: especificidade do cuidado humano qualificado) tal inquietação me direcionou a Iniciação Científica (IC) na área de família, psiquiatria e saúde mental. A identificação com a área de saúde mental e a possibilidade de investigar a problemática das drogas de uma forma mais direta delineou a minha escolha do campo de estágio no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) de Pelotas/RS. Também realizei uma vivência no Serviço de Redução de Danos (RD) do município; no qual participei de todos os trabalhos de campo juntamente com os redutores, o que me possibilitou visualizar toda a questão socioeconômica que tem relações estreitas com a problemática das drogas. Além disso, o trabalho de campo mostrou-se como uma forma especialmente efetiva de acolhimento das pessoas em condições mais extremas de exclusão. A atuação no CAPSad me permitiu conhecer abordagens calcadas em modelos de atenção inovadores e compartilhar dos não poucos desafios que o tratamento de pacientes em situação de dependência de drogas possui. Este CAPS se constituiu no campo de pesquisa da minha monografia que focou os vínculos e a rede social dos indivíduos sob tratamento através de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com grupos focais, entrevistas, e observação participante. Os principais resultados apontaram que os sujeitos tinham os vínculos rompidos ou desgastados pelo processo de dependência às drogas indicando a necessidade de intervenções no sentido de fortalecimento das relações ainda existentes e outras no intuito de proporcionar mais oportunidades de interações sociais. No mesmo ano tive a oportunidade de realizar um intercâmbio com a Universidad de Santiago Del Estero (UNSE) na Argentina, com o objetivo de vivenciar o trabalho em redes sociais desenvolvido através da área de Enfermería Comunitaria da Facultad de Humanidades Ciências Sociales e de La Salud pela profa.

Dra. Josefa Delgado com quem desenvolvi atividades acadêmicas, de campo e estudos. Tal experiência fortaleceu ainda mais minhas perspectivas com relação à possibilidade de conhecer e aprofundar meus conhecimentos na temática redes sociais. Assim, a identificação com a área da pesquisa e o desejo de exercer a docência me impulsionaram a ingressar no mestrado cuja investigação foi um sub-projeto de uma pesquisa de avaliação dos CAPS da região sul do Brasil (CAPSul) e focou as intervenções de um serviço de saúde mental direcionadas aos usuários sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas; os resultados apontaram para práticas profissionais que não priorizam devidamente o contexto e rede social dos indivíduos dependentes de substâncias.



Integrar a equipe de pesquisadores do CAPSul também foi uma experiência de extrema importância para minha carreira profissional. A participação nas oficinas de preparação e capacitação para a pesquisa proporcionou uma rica troca de conhecimentos com os demais pesquisadores possibilitando um melhor delineamento das atividades a serem desenvolvidas nos serviços e melhor apreensão dos atuais nós-críticos no âmbito da saúde mental. A realização de trabalho de campo permitiu acompanhar de perto as potencialidades e os desafios práticos, operacionais, de gerenciamento e gestão relacionados ao funcionamento da rede de saúde mental no município de Alegrete/RS.

Este fato me despertou maior percepção quanto à relevância das questões relacionadas ao gerenciamento e gestão dos serviços de saúde como uma condição *sine qua non* para a consolidação efetiva das diretrizes do SUS e, por conseguinte, das preconizações das atuais políticas de saúde mental.

Em decorrência de tal percepção originou-se meu interesse pelos aspectos relacionados à gestão, quando então, ingressei no Curso de Especialização em Gestão em Enfermagem promovido pela UNIFESP. Visando complementar tal formação e apreender recursos didáticos, me inscrevi no

Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) na disciplina Organização e Gestão em Saúde e Enfermagem na Atenção Básica, ministrada aos alunos do 4º. Ano do bacharelado em enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

No mesmo período, a FIOCRUZ lançou um edital para seleção de tutores da Região Sudeste para o Curso de Qualificação de Gestores do SUS - SÃO PAULO da qual fui selecionada para a segunda etapa que consistiu numa oficina de capacitação voltada à qualificação de gestores do SUS focando as atuais políticas, diretrizes e preconizações do Ministério da Saúde. Tal oficina me proporcionou, além do aprendizado, a interação com diferentes profissionais com inserção na gestão, assistência, ensino ou pesquisa, todos com importante histórico de atuação militante na consolidação e melhoria do Sistema Único de Saúde.

No tocante à carreira docente, entendo que tal opção demanda uma série de habilidades humanas e aptidões psicológicas que devem ser aperfeiçoadas no contínuo de uma trajetória profissional/acadêmica. Portanto, minha opção está subsidiada por escolhas feitas desde a graduação, quando ao optar pelo curso de enfermagem e obstetrícia o fiz devido ao cerne desta profissão que consiste na especificidade de cuidado humano qualificado através da interação com pessoas, relações de ajuda e educação em saúde – características importantes também para o processo ensino-aprendizagem.

Assim, a oportunidade de cursar as disciplinas relacionadas à educação através do curso de licenciatura disponibilizado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas possibilitou-me o contato com estratégias didáticas e compreensão de teorias pedagógicas bem como metodologias de ensino essenciais para a prática docente.

A escolha em seguir a carreira acadêmica (mestrado e doutorado) está, portanto, diretamente relacionada com a escolha da carreira docente. Durante a pós-graduação *stricto-senso*, realizei então a disciplina de preparação pedagógica que me habilitou para os estágios de docência junto ao curso de graduação de enfermagem (Estágio de Aperfeiçoamento do Ensino/USP), sendo um na área psiquiátrica, um na área social e um a na área de gestão em saúde. A riqueza destes estágios consiste na supervisão de docentes muito qualificados e experientes nas respectivas áreas e diversidade de discentes com diferentes bagagens e experiências empíricas constituindo um quadro diversificado para reflexões críticas, vivência do processo de ensino-aprendizagem e treinamento da prática de ensino.

Além disso, minha atuação profissional em serviços de saúde (através de estágios curriculares, trabalho voluntário e atividades de campo), trabalhos de pesquisa, extensão bem como

os artigos científicos oriundos de reflexões teóricas relacionados à prática profissional têm sido essenciais para embasar minhas habilidades no processo ensino-aprendizagem, tendo em vista que estes fatores conjuntamente consolidam a *praxis* tão enfatizada por Paulo Freire como uma prática reflexiva que permeia o aprendizado.

Finalmente, a oportunidade de atuação docente através da Educação à Distância, que embora seja um recurso antigo tem atualmente tomado uma dimensão inovadora e promissora em termos de difusão do conhecimento e novas técnicas didáticas, tem sido de fato muito rico, pois consiste num modelo educacional que atua paralelamente às inovações e exigências tecnológicas bem como à conjuntura de rompimento com fronteiras geográficas. Minha atuação como tutora no Curso de Formação On-Line de Pesquisadores em Álcool e Outras Drogas Psicoativas possibilita-me a interação com alunos de diferentes países e culturas que, inclusive, na fase presencial permite uma relação de trocas extremamente proveitosa.

Nessa tutoria são exercidas atividades como discussões de temas relacionados às disciplinas através de *chats* previamente agendados, mediação entre os diferentes professores do curso e os alunos, auxílio nas atividades didáticas, correção de provas e atividades, plantão de dúvidas, facilitação para interação grupal via on-line e interação/integração dos alunos na fase presencial.

Além disso, as reuniões periódicas entre os organizadores e educadores do curso têm proporcionado o contato com uma diversidade de recursos didáticos bem como discussões relacionadas aos desafios da Educação à Distância e dificuldades apresentadas pelos alunos e atualmente estou exercendo a orientação da monografia de especialização de uma aluna deste curso.

O exercício da tutoria no Curso de Qualificação de Gestores do SUS, pela FIOCRUZ, também está sendo um marco importante na minha carreira docente, uma vez que a proposta pedagógica do curso é a de uma educação transformadora com vistas à consolidação e melhoria do SUS numa perspectiva participativa. O curso é permeado pela concepção de aluno-sujeito e aluno-equipe, utilizando estratégias que viabilizem ao aluno (gestores do estado de São Paulo) trazer ao contexto de aula os desafios do seu cotidiano, e, em contrapartida que compartilhe, discuta e atue junto a sua equipe a partir das reflexões mediadas pelo curso. Outro ponto forte desta tutoria é o processo de avaliação formativa, que considera a bagagem inicial do aluno e a trajetória de construção do conhecimento que ele próprio delinea tendo como suporte o tutor, o material didático, as discussões, os fóruns e demais atividades propostas.

No tocante à pesquisa desenvolvida durante o doutorado, surgiu da necessidade de uma investigação relacionada à rede de apoio social de indivíduos dependentes de substâncias focando os possíveis determinantes sociais de saúde e utilizando parâmetros mais objetivos, isto é, um novo estudo reunindo as temáticas abordadas ao longo dessa trajetória acadêmica agora dentro dos moldes quantitativos. Penso que este tipo de estudo há de confirmar a pertinência das asserções dos estudos qualitativos realizados anteriormente e proporcionará novas perspectivas a serem mais detalhadamente exploradas em estudos posteriores.

Para dar aporte ao desenvolvimento de tal pesquisa, foram essenciais as disciplinas de estatística e de instrumentos de avaliação, bem como um curso de extensão sobre o uso do SPSS. A disciplina de teorias sobre família foi cursada devido ao enfoque dado pela mesma na questão do apoio social. Já as disciplinas de Organização em Saúde e Liderança em Atenção Primária foram elencadas ao meu histórico visando maior aproximação na temática gestão que, conforme descrito, tem relações estreitas com a consolidação da rede de saúde mental conforme preconizado pelas políticas atuais.

Esta trajetória acadêmica destaca-se por minha precoce e convicta definição quanto a temática a ser estudada bem como a coerência das produções científicas que acompanham meu amadurecimento no âmbito da pesquisa se refletindo no atual projeto de doutorado: um novo delineamento de estudo que explora outras ferramentas metodológicas e referencial teórico atual e inovador em prol de consolidação de um conjunto de evidências que, certamente, contribuirão para possíveis complementações nos atuais saberes e práticas profissionais no âmbito da saúde mental de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil conta com uma população estimada de 187.998.259 habitantes com uma área de 8.547.403,5km². Uma sociedade cujo traço mais marcante é a desigualdade e, embora os indicadores sociais tenham melhorado de forma generalizada (principalmente os de saúde, educação e condição dos domicílios), a distância entre os extremos ainda é muito grande. Metade da população ocupada do Brasil tem rendimento (médio mensal de todos os trabalhos) de ½ a 2 salários mínimos; e o 1% mais rico da população acumula o mesmo volume de rendimentos dos 50% mais pobres; os 10% mais ricos ganham 18 vezes mais que os 40% mais pobres. Metade dos trabalhadores brasileiros ganha até dois salários mínimos (IBGE, 2002)

Um dos estudos epidemiológicos mais recentes relacionados ao consumo de drogas no país foi feito em 2005 (Carlini, 2006) com uma amostra que abrangeu 108 cidades com mais de 200.000 habitantes nas regiões do país: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Foram entrevistadas 7939 pessoas entre 12 e 65 anos. O resultado mostrou que 22,8% fizeram uso de alguma droga (que não fosse álcool ou tabaco) ao longo da vida; a prevalência de dependência do álcool foi estimada em 12,3%, sendo que o uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades do País, foi de 74,6%. A droga ilícita de maior uso, segundo o estudo, é a maconha – 8,8% - taxa menor que EUA, Reino Unido, Dinamarca, Espanha, Chile e maior que o uso na Bélgica e Colômbia.

Quanto à alta porcentagem do uso do álcool, destaca-se que o álcool é uma droga de baixo custo e extremamente acessível no que se refere à distribuição, o que se reflete em sua difusão por todas as camadas da população. Além disso, a mídia televisiva – que também atinge grande parte da sociedade – difunde amplas propagandas associando o seu consumo ao prazer, lazer e bem-estar.

Minayo, Deslandes (1998) enfatizam que o vínculo mais consistente e previsível entre drogas e violência se encontra no fenômeno do tráfico de drogas ilegais que é um mercado que gera ações violentas entre vendedores e compradores sob diversas circunstâncias como roubos, disputas de território, delinquência organizada. Segundo as autoras o crime organizado se institucionalizou no Brasil a partir da década de 80 aumentando as estatísticas de homicídio, espalhando o medo, enfim, se configurando numa verdadeira resposta social. Acrescenta seu papel como mercado de trabalho principalmente para os jovens das favelas e periferias que não conseguem ingressar no mercado formal.

No que se refere às drogas ilícitas, Rebolledo, Costa (2005) afirmam que as mortes e agressões decorrentes da **ilegalidade das drogas** devem ser contrastadas com os danos psicofísicos

próprios destas drogas, citam o estado do Rio de Janeiro como um exemplo dos danos advindos da violência devido à ilegalidade das drogas, destacando a articulação entre tráfico de drogas e outras atividades criminais como assassinatos, tráfico de armas, organizações criminais como os aspectos mais graves da questão.

Observa-se que estas organizações do tráfico têm se fortalecido justamente na lacuna deixada pelo Estado no que se refere à exclusão social, uma vez que se utilizam da força de trabalho de jovens marginalizados sócio-economicamente, ao passo que lhe possibilita uma forma de adquirir renda e reconhecimento na comunidade, a própria ilegalidade o exclui ainda mais e, sobretudo aumenta a vulnerabilidade destes jovens no que se refere ao uso abusivo das drogas.

Além das questões relacionadas às desigualdades sociais, evidencia-se uma outra necessidade emergente no âmbito do uso abusivo do álcool e outras drogas, a saber, as novas demandas oriundas do processo de transformação que a atual sociedade está enfrentando, através de uma trajetória imbuída de mudanças rápidas e impactantes, tanto no que diz respeito aos antigos valores, e padrões, quanto no tocante às novas dinâmicas e conformação das relações interpessoais, que, certamente terão influências diretas no funcionamento psicossocial dos indivíduos e grupos nas diversas partes do mundo.

Nesse sentido, o enfrentamento das condições adversas, bem como as estratégias terapêuticas no âmbito da saúde, preme por informações versáteis e cada vez mais contextualizadas à nova realidade (caracterizada pela dinamicidade e instabilidade), exigindo estudos constantes e bem fundamentados a fim de embasar as novas práticas no âmbito da saúde.

Exemplo disso é a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) que ao enfatizar a necessidade de tratar os pacientes como seres sociais, preconiza a atenção em saúde imbuída de uma visão social, de modo que o objetivo final do cuidado seja a reintegração das pessoas na vida em sociedade. Além disso, a partir do movimento de desinstitucionalização instituiu-se um corpo de legislação e políticas no campo da saúde mental que preconizam a integração dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico à comunidade reforçando a demanda por estudos relacionados a esta temática (MCDOWELL, 2006; FUNK; DREW; SARACENO, 2005).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a preconização da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, é a de tratamento na atenção primária, garantia atenção na comunidade, educação em saúde, envolvimento das redes sociais, formação de recursos humanos, parcerias intersetoriais, monitorização da saúde mental na comunidade, e dar mais apoio à pesquisa na área (BRASIL, 2004).

A partir do reconhecimento de tal demanda, a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2008) também dá ênfase à necessidade de estímulo e fomento à realização de pesquisas, estudos e avaliações permanentes a fim de aprofundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo, sua evolução, prevenção do uso indevido, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos:

Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados”(BRASIL, 2008 p.23).

Depreende-se que, além de informar políticas adequadas aos problemas sociais as pesquisas têm um papel extremamente importante com relação à transformação das práticas. Neste sentido, vários pesquisadores da área (PECHANSKY, 1994; LARANJEIRA; ROMANO, 2004; MINAYO; DESLANDES, 1998; GALDURÓZ, et al., 2005; SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006; SCHENKER; MINAYO, 2004; SCIVOLETTO, 2001; RIGOTTO; GOMES, 2002; PILLON; LUIS; LARANJEIRA, 2003) têm apontado a necessidade de mudanças no que diz respeito à abordagem e intervenção dos indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas.

Assim, pesquisadores da área no âmbito nacional e internacional têm se empenhado na criação e/ou aprimoramento das “ferramentas” disponíveis às pesquisas e ao processo de trabalho em saúde mental tendo em vista os atuais desafios da saúde. Exemplo disso, são os estudos recentes relacionados à abordagem da rede e apoio social dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras. Neste sentido têm se destacado alguns estudos: Copello et al. (2006); May et al. (2006); Schroeder et al. (2001); Ellis et al. (2004); Souza, Kantorski (2009); Tracy, Martin (2007); Dalgard, Håheim (1998); Keane (2009) dentre outros.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de levantar a contribuição dos estudos relacionados à temática apoio social e uso de drogas realizados com sujeitos adultos, realizou-se uma busca nas bases de dados internacionais Science Direct e Pubmed - utilizando-se os descritores: social support, drugs of abuse. Nas bases de dados nacionais RevEnf, BDENF, IBICT, CAPES, BVS e Scielo foram utilizadas as seguintes duplas de descritores: apoio social/drogas; apoio social/álcool; suporte social/drogas; suporte social/álcool; rede social/álcool; rede social/drogas; redes sociais/álcool; redes sociais/drogas.

Dos estudos resultantes da busca, foram selecionados os publicados no período de 2000 a 2009. Através da leitura dos resumos foram eliminados os artigos que não contemplavam o grupo e tema especificado na proposta do levantamento. A leitura dos estudos (teses, dissertações e artigos) foi feita focando a contribuição dos mesmos no tocante ao apoio social de e/ou para dependentes de substâncias. A partir da leitura na íntegra de 42 estudos realizaram-se as fichas de leitura e foram descartados àqueles que não tinham relação com a temática drogas e apoio social. A tabela 1 abaixo apresenta uma síntese do trabalho realizado na revisão da literatura, especificando a base de dados, a data da busca, os estudos encontrados e os selecionados bem como o tipo dos estudos.

Tabela 1 – Quantidade e tipos dos estudos selecionados e as respectivas bases de dados.

Base de Dados	Data da Busca	Estudos Encontrados	Estudos selecionados	Tipo de Estudo
Science Direct www.sciencedirect.com/	13/Out/2009	568	10	3 Estudos teóricos 7 Pesquisas
Pubmed www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	14/Out/2009	205	9	7 Pesquisas 1 Estudo teórico 1 Metanálise
RevEnf www.revenf.bvs.br/	07/Dez/2009	6	2	1 Estudo Teórico 1 Pesquisa
BDENF http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=BDENF&lang=p&form=F	07/Dez/2009	1	1	1 Pesquisa
Portal de teses e dissertações (IBICT e CAPES) http://bdtd.ibict.br/ http://servicos.capes.gov.br/capesdw/	07/Dez/2009	7	5	4 Dissertações 1 Tese (pesquisas)
BVS http://regional.bvsalud.org/php/index.php	07/Dez/2009	2	2	2 Pesquisas
Scielo http://www.scielo.br/	07/Dez/2009	7	4	3 Pesquisas 1 Teórico

Com base na releitura dos fichamentos, identificou-se 3 temáticas: 1) Condições sociais, a família e o modelo de estresse; 2) Apoio formal ao usuário de drogas abordando a patologia dual, recaída e modalidades de tratamento da dependência de substâncias; 3) Tratamento da dependência de substâncias no Brasil: o CAPS ad. No gráfico 1 é apresentada a distribuição dos estudos nas temáticas.

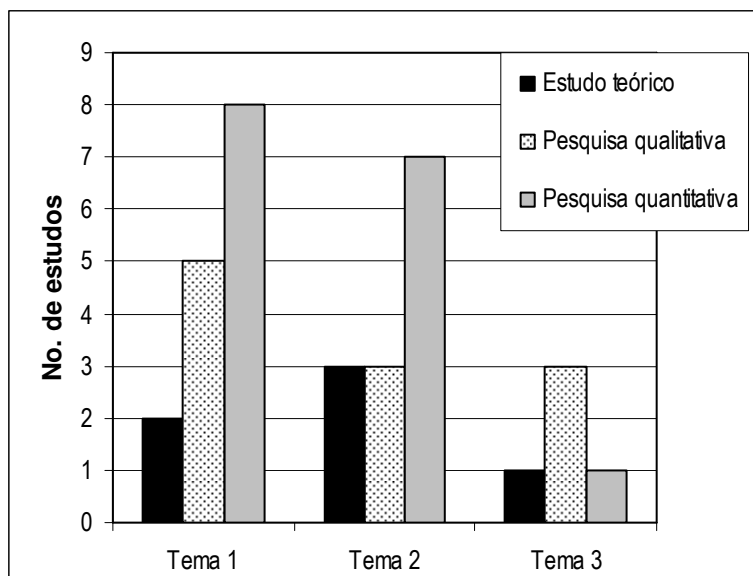


Gráfico 1 – Distribuição dos estudos de acordo com o tipo e temática

O quadro do apêndice A (anexo) apresenta o foco e classificação temática, os autores, instrumentos utilizados, local de estudo, quem foram os sujeitos e o tamanho da amostra de cada estudo que compôs esta revisão.

2.1 Condições sociais, família, estresse e o uso de drogas

O ambiente social, de acordo com Galea, Vlahoh (2002) é o conjunto das forças contextuais, normas, relações sociais e possui:

- Hierarquia social (distribuição de renda, tipo de trabalho)
- Políticas públicas (saúde, moradia, educação)
- Normas culturais
- Relações sociais (redes sociais, discriminação/diferenciação)

Neste ambiente, alguns fatores, denominados determinantes sociais, estão associados aos resultados adversos na saúde de dependentes de substâncias; a saber: status socioeconômico, falta de moradia, encarceramento (efeitos diretos), discriminação, apoio social e segregação residencial

(efeitos indiretos). Ao afirmar isto, Galea, Vlahoh (2002) justificam que embora o uso de drogas ocorra em todos os estratos sociais, a morbidade e mortalidade relacionada a este uso são desproporcionalmente mais altas entre os grupos com menor status socioeconômico.

Corroborando com tais asserções, Baumann et al. (2007) demarcam certas condições - como baixo nível de escolaridade, baixo status da ocupação (trabalhador braçal), desemprego, viver sozinho, ser de minoria étnica, ter renda econômica baixa e não ter moradia própria - de privação material e social que contribuem para o deterioramento da situação de saúde, morte prematura, comportamentos de risco e uso de substâncias. Estas autoras investigaram a relação entre privação social e uso de substâncias numa amostra randomizada de indivíduos da população francesa. Os achados indicaram que as condições materiais e sociais são fatores de risco potenciais para prejuízos na saúde sendo que quanto pior a condição de vida, maior o risco. Além disso, o uso de tabaco foi relacionado à pobreza, baixo nível educacional e condições de trabalho precárias e o abuso de álcool foi associado à pobreza e estrutura familiar (viver sozinho).

No tocante ao apoio social, o fato da estrutura familiar estar associada ao uso abusivo de drogas, traz-nos à reflexão a possível carência de apoio dos sujeitos que vivem sozinhos. Já no que concerne à questão dos determinantes sociais de saúde, o estudo aborda-a como um dos principais aspectos relacionados ao uso de substâncias e este aspecto é relevante, sobretudo aos serviços de caráter público que, geralmente, são os que mais atendem indivíduos em situação de vulnerabilidade social. A necessidade de políticas públicas paliativas a esta condição e projetos estruturais voltados para a melhor distribuição de renda são primordiais, pois as situações de extrema pobreza afetam a saúde e sobretudo a cidadania destas pessoas que, devido ao desgaste extremo para adquirir o básico à sua sobrevivência acabam tendo prejuízos em sua capacidade de atuação para reivindicar seus direitos.

A situação de desemprego como condição de vulnerabilidade social também tem sido foco de alguns estudos sobre apoio social e uso de drogas. Conforme Laudet et al. (2002) os indivíduos com transtornos mentais ou usuários de substâncias contam com barreiras adicionais para conseguir trabalho; dentre as quais:

- Estigma;
- sistema de direitos (como benefícios por incapacidade) que afetam o senso de auto-eficácia e, conseqüentemente o resultado do tratamento e a reabilitação
- dificuldades relacionadas às próprias desordens mentais (sintomas, efeitos colaterais da medicação) que interferem nas habilidades, desempenho e performance

- pobre histórico de trabalho (falta de experiência)
- prejuízos na habilidades sociais, controle dos impulsos, auto-apresentação e gerenciamento do tempo

Laudet et al. (2002) pesquisaram numa amostra de indivíduos com patologia dual (transtorno mental e dependência de substâncias) o interesse e os obstáculos percebidos para conseguir um emprego e a utilização de serviços de reabilitação vocacional. Com relação ao interesse, apenas 36% afirmaram extremo interesse em trabalhar. Os principais obstáculos apontados foram de fato a doença mental, os sintomas, efeitos colaterais da medicação, falta de habilidades e precária saúde física. Segundo os autores, abstinência no ano anterior e melhor saúde física foram associadas a maior interesse em trabalhar; por outro lado maior período de desemprego foi associado a menor interesse. Também houve associação entre dificuldades em conseguir emprego e a utilização de serviços de reabilitação vocacional.

Ao menos três pontos podem ser destacados sobre este estudo. Em primeiro lugar, o fato dos indivíduos que estavam mais tempo desempregados ter menor interesse em conseguir emprego pode tanto significar que estes indivíduos não se empenham muito em procurar trabalho quanto sinalizar que a baixo auto-estima decorrente de múltiplas frustrações relacionadas a empregarem-se alimenta esse ciclo vicioso: não conseguir x baixar a auto-eficácia x não procurar. Podemos inferir também que certamente são estes indivíduos os que têm mais sintomas de saúde mental (conforme apontado pela associação entre sintomas e dificuldades em conseguir emprego). E por último convém destacar o papel do serviço de reabilitação vocacional como importante apoio formal para esta população.

Beck, David (2007) a partir do entendimento de que o abuso de drogas culmina em alterações sociais (família, estudos, trabalho) e que o indivíduo fica com suas habilidades de relacionamentos sócio-afetivos comprometidas, também afirma que estes sujeitos têm maior dificuldade de adaptação às novas exigências para inserção no trabalho. Assim, as autoras descrevem o papel apoiador do profissional enfermeiro em estimular a autonomia e organização do indivíduo para o ingresso, manutenção e/ou retorno ao trabalho. A possível rede de apoio (família, amigos e contatos sociais) que pode facilitar a obtenção de emprego geralmente encontra-se fragilizada devido ao processo de dependência. Ademais, corroborando com as pontuações do parágrafo anterior, as autoras afirmam que o próprio desemprego leva à baixa na auto-estima, menor grau de satisfação com a vida, auto-imagem mais negativa aumentando a dificuldade de retorno ao mercado de trabalho.

Na reflexão sobre desemprego vale destacar o estudo de Bezerra-Ribeiro (2008) que investigou indivíduos desempregados quanto ao consumo de álcool e a percepção de apoio social. Identificou que 76% dos sujeitos eram abstinentes ou tinham um padrão de consumo de baixo risco e que não houve correlação entre consumo de álcool e desemprego. Quanto ao apoio social os resultados demonstraram (corroborando com o estudo de Warren, Stein, Grella (2007) que quanto maior a idade, menor a percepção de apoio material e emocional e quanto maior a renda, maior a percepção de apoio material.

No âmbito dos determinantes sociais de saúde, alguns pesquisadores têm voltado a sua atenção para as questões étnico/raciais relacionando-as ao uso de drogas e apoio social.

A identidade étnica consiste num conceito multidimensional que envolve a dimensão emocional, aspectos comportamentais e valores culturais relacionados a perceber-se ligado a um grupo étnico e identificação com membros semelhantes de sua etnia – conforme abordado por Brook, Pahl (2005). Estes autores realizaram uma pesquisa sobre riscos psico-comportamentais (como uso de drogas) e o potencial protetor da identidade étnico-racial, religiosidade e relações familiares características de indivíduos Afro-Americanos. Identificaram que o apoio social decorrente da afiliação étnica, religiosa e familiar é um importante fator de proteção, pois ao contrabalancear os riscos comportamentais, conduzem a menor possibilidade de uso de drogas.

Bourgois et al. (2006), nessa mesma linha de pesquisa, confirmam que a desigualdade em saúde tem relação com as categorias etnia e classe social que influenciam a acessibilidade ao cuidado de qualidade. Destacam que usuários de substâncias moradores de rua constituem um grupo particularmente vulnerável ao estigma social e resultado de saúde negativos. Situações como abordagem policial devido ao porte de drogas ou seringas e relações de confronto por parte dos profissionais de saúde (visto pelos sujeitos como questões pessoais, raciais ou de estigma cultural) foram pontuadas como fatores que interferem no acesso destes indivíduos aos serviços de saúde. Quanto às particularidades étnicas, Bourgois et al. (2006) evidenciaram em seu estudo etnográfico, que indivíduos brancos relataram com mais frequência o tratamento de substituição com metadona e a utilização de programas de desintoxicação.

Embora o Brasil se caracterize por ser uma nação miscigenada, é sabido que existem fatores, muitas vezes velados, relacionados à discriminação étnica. Portanto é muito importante entender as diferenças étnicas como um produto das configurações histórica e social (BOURGOIS et al., 2006) para que a partir do reconhecimento de que há sim diferenças, se apliquem estratégias no âmbito assistencial preconizando avaliação cuidadosa quanto às demandas sociais e de saúde dos grupos

étnicos mais vulneráveis, como índios e negros, para atender suas especificidades clínicas e psicossociais enfatizando, sobretudo, acesso e acolhimento respeitoso e ético por parte dos profissionais.

Hussong (2003) com base no questionamento de que o uso de álcool consiste numa estratégia de má-adaptação relacionada ao *coping* (enfrentamento do estresse), realizou um estudo com delineamento prospectivo de curto-prazo objetivando investigar os principais efeitos da interação entre três diferentes estilos de *coping* (*coping* ativo, evitação e solicitação de apoio social), quatro tipos de estressores (atividade, relação social, escola e ajustamento social geral), uso de álcool e gênero entre 83 estudantes universitários. Em relação aos estilos de *coping*: o *coping* ativo consiste em fazer algo para aliviar as circunstâncias estressantes vigentes; a evitação consiste em estratégias para evitar as circunstâncias estressantes e a solicitação de apoio social consiste em utilizar-se do apoio fornecido pela rede social disponível. Assim, os resultados apontaram que os homens com “*coping* ativo” limitado apresentaram maior risco de envolvimento com álcool em decorrência de problemas de ajustamento social ou problemas escolares e menor uso pesado de álcool devido a relações estressantes. Os homens com o estilo “solicitar apoio” limitado apresentaram maior risco de envolvimento com álcool decorrente de relações estressantes. Nem todos os tipos de *coping* reduzem o risco de beber relacionado ao estresse, no entanto homens com estilo de “solicitação de apoio social” tinham mais proteção contra relações estressantes e uso pesado de álcool que mulheres.

Deste estudo pode-se apreender que o apoio social consiste num recurso efetivo de enfrentamento do problema de uso abusivo de álcool devido ao seu efeito “protetor” no tocante às relações interpessoais; isto é, a mobilização desse sistema de apoio durante o tratamento de indivíduos dependentes de substâncias é importante, pois as relações estressantes podem ter desencadeado o processo de dependência e, por outro lado, as conseqüências do processo de dependência às drogas culminam em estresses relacionais nos diferentes contextos sociais do indivíduo: trabalho, família, amigos, vizinhança.

Ames, Roitzsch (2000), considerando a relação histórica entre eventos de vida estressantes e dependência de substâncias destacam em seu estudo as evidências de que as relações sociais tensas aumentam o sentimento de desamparo e podem desencadear o uso de substâncias como um mecanismo de redução do estresse, logo, o apoio social tendo um efeito positivo na saúde física pode moderar a relação entre estresse e doença. Estes autores realizaram uma pesquisa visando conhecer como estresse e apoio social influenciam as “fissuras” e a recuperação de 39 usuários de

substâncias sob tratamento em regime de internação. Estes indivíduos foram separados em dois grupos: 14 que tiveram e 25 que não tiveram “fissuras” durante o tratamento. Identificaram que os estressores menores (isto é, as situações estressantes comuns do cotidiano) renunciaram as fissuras, e o apoio social exerceu um efeito moderador do impacto destes estressores menores (apoando a hipótese *buffering*). Estas evidências, segundo Ames, Roitzsch (2000), sugerem que estratégias de manejo do estresse e de reforço do apoio social podem ser úteis no tratamento da dependência de substâncias.

Assim, o profissional enfermeiro deve buscar modos de mobilizar e ampliar a rede de apoio do paciente e, sobretudo, estimular o indivíduo no exercício do *coping* “solicitar apoio”, isto é, comunicar sua necessidade quer seja no âmbito emocional, material, informacional a fim de ser assistido pelas respectivas pessoas/instituições que disponibilizem apoio. Além disso, a escuta como estratégia de trabalho deve ter sempre papel central na dimensão do cuidado em saúde mental pois esta contribui para a leitura mais clara da demanda trazida pelo usuário.

O mapeamento da rede de relações do indivíduo sob tratamento pelo uso abusivo de drogas consiste num importante passo do planejamento da assistência de enfermagem, momento no qual se deve explorar o apoio disponível, a qualidade dos vínculos e os possíveis desgastes relacionais.

Pechansky et al. (2001) num projeto efetivado junto aos dependentes de substâncias injetáveis observaram que, na maioria das vezes a rede familiar era a única com a qual o paciente podia contar e eram os parentes e cônjuges que acompanhavam estes indivíduos no tratamento.

No estudo de Civita et al. (2000) os membros da família, parentes e amigos de pacientes foram questionados sobre suas experiências como provedores de apoio e como poderiam participar do processo de tratamento. Os resultados desta pesquisa elucidaram que os membros da família eram os mais empenhados emocionalmente em proporcionar apoio permanente. Além disso, identificou-se que fornecer apoio social na situação de dependência às drogas culmina em desgaste emocional devido às recaídas que geram desesperança e frustração influenciando os apoiadores a cessar seu envolvimento com o processo de tratamento. Como estratégias para manter o envolvimento das pessoas significantes no processo de recuperação do paciente dependente de substâncias, os autores sugerem que os profissionais priorizem as visitas domiciliares, promoção de informações sobre o tratamento e aumentar o horário de funcionamento dos serviços para além do padrão oficial.

É importante refletir, durante todo o processo de cuidado, que muitas vezes os pacientes, em decorrência dos seus relacionamentos desgastados, apreendem o serviço de saúde e seus respectivos

profissionais como única fonte de apoio. Cabe então, aos cuidadores, sobretudo à enfermagem, trabalhar sempre que possível às habilidades relacionais do paciente a fim de que este, pouco a pouco possa restabelecer uma rede de relações sólida e efetiva na qual possa realizar as trocas sociais inerentes aos seres sociais. Isto implica em ter como uma das metas do tratamento o aumento do poder de contratualidade do paciente.

Fontanella et al. (2008) tiveram como objetivo num determinado estudo, compreender como a percepção do diagnóstico de dependência pode constituir-se em motivação para busca por tratamento formal. Os resultados mostraram que a compulsão pela droga gera uma relação de sofrimento entre indivíduo e substância, pois a sensação de descontrole gera culpa, a abstinência fisiológica causa angústia e desconforto e o desperdício de lazeres, amizades, interesses e tempo (geralmente decorrentes da reorganização da vida do sujeito em torno da substância e/ou da recuperação demorada) de fato culminam em prejuízos no convívio com as pessoas próximas.

Além dos desgastes relacionais no sistema familiar, no contínuo do cuidado de enfermagem no âmbito da saúde mental é de suma importância investigar neste sistema a existência de membros que também sejam usuários de substâncias, pois isto consiste num fator que pode dificultar os resultados do tratamento da dependência às drogas.

Garmendia et al. (2008) identificaram uma alta prevalência de consumo de álcool ou outras drogas em familiares de dependentes de substâncias submetidos a tratamento. Neumark, Friedlander, Bar-Hamburger (2002) também realizaram um estudo focando a história familiar de uso de substâncias em dois grupos: 1) dependentes de substâncias em tratamento; 2) indivíduos não dependentes e identificaram que cerca de 70% dos indivíduos dependentes relataram história passada ou atual de uso de álcool ou outra droga em ao menos um parente de primeiro grau e no grupo 2 apenas 10% relataram este fato. Os autores afirmam que as condições de predisposição ambiental (como o uso de drogas no ambiente familiar) podem produzir padrões semelhantes aos fatores genéticos.

A possível hereditariedade do processo de dependência tem sido objeto de diversas pesquisas de cunho psicobiológico, no entanto a mesma importância tem sido dada às possíveis influências ambientais e comportamentais do ambiente familiar. Nesta linha de pesquisa Pears, Capaldi, Owen (2007) apresentaram um estudo longitudinal de 20 anos no qual trabalharam com 3 gerações de familiares objetivando examinar alguns possíveis mecanismos relacionados à transmissão intergeracional do uso de substâncias. Os achados indicam uma clara associação entre o uso de substâncias dos pais e da próxima geração (tanto para o álcool quanto para outras drogas).

Mecanismos como controles inibitórios e disciplinares pobres por parte dos pais foram associados ao uso de substâncias pelos filhos sugerindo, por conseguinte, que ensinar práticas disciplinares apropriadas e estratégias para aumentar o controle inibitório podem ser abordagens preventivas úteis quanto ao uso de substâncias.

Neste sentido, as escolas podem exercer um importante papel de orientação e sensibilização dos pais e da comunidade de um modo geral assumindo sua parcela de responsabilidade relacionada à prevenção do uso abusivo de substâncias (VASCONCELOS, 2008). Para tal se faz necessária a efetivação de uma rede de parcerias dos serviços de saúde com as escolas e demais sistemas sociais em prol da viabilização de estratégias de empoderamento e responsabilização das famílias a fim de que estas assumam o gerenciamento de seus recursos e resolubilidade dos problemas locais.

2.2 Apoio formal ao usuário de drogas: co-morbidade, recaída, modalidades de tratamento

O funcionamento em rede, certamente proporcionaria melhorias dos recursos dos serviços especializados no atendimento dos dependentes de substâncias principalmente no sentido de potencializar a rede social dos pacientes, isto é, simultâneo ao trabalho de resgate/manutenção do apoio social oriundo das relações interpessoais, uma rede de parcerias estrategicamente facilitaria o acesso às diferentes opções de apoio formal possíveis.

Segundo Barker, Pistrang (2002) o apoio informal é aquele auxílio baseado na informalidade e similaridade de experiências, auxílio fornecido por pessoas do cotidiano, não treinadas para tal como vizinhos, parceiros, outros pacientes etc. O apoio formal, por sua vez é aquele auxílio de pessoas treinadas, qualificadas formalmente para prestar auxílio como psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais.

Vale ressaltar que as diferentes **fontes** de apoio (formal, informal, individual, coletivo) têm disponíveis também diferentes **tipos** de apoio (emocional, material, informacional) cuja utilidade e resultado dependem de múltiplos outros fatores, como a acessibilidade, frequência de contatos, garantia de sigilo, capacidade de compreensão, postura crítica, forma de acolhimento, compromisso, reciprocidade, respeito dentre outros.

Baseado nestes argumentos é possível entender que, em alguns casos o apoio formal exerceria uma espécie de efeito paliativo enquanto efetivam-se intervenções em prol de melhorias relacionais nos diferentes âmbitos sociais do indivíduo. Daí a importância da configuração de redes

de serviços bem como de intervenções voltadas à família e demais membros da rede social do paciente.

As diferentes modalidades de tratamento podem ser descritas como pontuais fontes de apoio formal, serviços de caráter público, outros privado e com diversificadas formas de funcionamento permitem contemplar as diferentes personalidades e funcionamento social dos indivíduos dependentes de substâncias. Assim, a literatura relacionada ao uso abusivo ou dependência de substâncias aponta os seguintes serviços: hospitais-dia, clínicas especializadas, fazendas de recuperação (ou serviços residenciais), grupos de auto ajuda que seguem o modelo de 12-passos (Alcoólicos Anônimos-AA, Narcóticos Anônimos-NA e outros grupos) e, especificamente no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad).

O estudo de Greenwoodv et al. (2001) foi desenvolvido com pacientes oriundos de dois tipos de serviços: 1)hospital-dia (os indivíduos permanecem no serviço durante o dia e voltam para suas casa no final do dia); 2)tratamento residencial (os indivíduos permanecem no serviço durante o período do tratamento sem retornarem às suas residências). O objetivo do estudo foi comparar os resultados de recaída em 6, 12 e 18 meses, tendo em vista que a falta de apoio familiar e social é uma das questões psicossociais relacionadas com a recaída após o tratamento. Concluiu-se que ambos os tratamentos foram equivalentes em efetividade, além disso, os autores destacam o potencial benefício preventivo do tratamento residencial nos primeiros 6 meses de tratamento para os indivíduos com alto risco de recaída, poucos recursos sociais e mais vulnerabilidade psicológica e emocional.

McMahon (2001) também realizou uma pesquisa com dependentes de cocaína advindos de um tratamento residencial buscando examinar os principais fatores que promovem a recaída. Concluiu que altos níveis de estresse e personalidade histriônica, baixos níveis de apoio social e poucos membros na rede influenciaram significativamente a recaída, logo a avaliação cuidadosa destas características pode auxiliar no entendimento da susceptibilidade de recaída e no planejamento efetivo de tratamento.

A partir dos estudos apresentados observa-se que o apoio social de fato influencia a resposta do indivíduo ao tratamento. Corroborando com tal asserção o estudo de Garmendia et al. (2008) com indivíduos egressos de 52 centros de tratamento ambulatoriais e residenciais avaliou a importância do apoio social na manutenção da abstinência. De acordo com os resultados, o abandono do tratamento é um fator de risco importante para a recaída (dez vezes mais risco que os que recebem alta); indivíduos usuários de cocaína têm cinco vezes mais risco de recaída que os

usuários de outras drogas e baixa percepção do nível de saúde mental também foi associado ao risco de recaída. Identificaram-se então, como fatores protetores: maior tempo de tratamento, ter uma ocupação estável (de trabalho ou estudo) e ter alto índice global de apoio social, confirmando a hipótese de que o apoio social é um fator protetor da recaída em indivíduos que atingem a abstinência.

Os grupos tipo 12-passos também tem sido muito descritos pela literatura como um importante recurso de apoio social; dentre os estudos selecionados nesta revisão 4 referem-se a sujeitos de grupos de Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos.

Toumbourou et al. (2002) descrevem o “Narcóticos Anônimos” como um grupo de auto-ajuda estruturado pelo programa de 12-passos para recuperação de indivíduos com problemas de abuso de substâncias. Estes autores desenvolveram uma pesquisa para observar a participação da auto-ajuda em contexto natural inferindo impactos desta no uso de drogas e apoio social e concluíram que há uma associação prospectiva entre a participação em grupo de auto-ajuda “Narcóticos Anônimos” e a redução do uso de álcool.

Groh, Jason, Keys (2008) traçam as principais características que diferenciam os grupos de auto-ajuda dos programas de tratamento tradicionais: participação livre e voluntária, trabalham conjuntamente sobre um problema comum, contam com líderes auto-dirigidos, utiliza-se do compartilhamento de experiências. Segundo estes autores, o Alcoólicos Anônimos (AA) foi criado em 1935 com o intuito de auxiliar na recuperação e manutenção da sobriedade de indivíduos através da ênfase na espiritualidade, apoio social e 12 passos progressivos. Num estudo de revisão, Groh, Jason, Keys (2008) revisaram 24 artigos relacionados a rede social e AA e a partir destes identificaram que os grupos de auto-ajuda auxiliam na manutenção de um número estável de amigos ao longo do processo de recuperação, melhoram a composição da rede social e podem auxiliar os indivíduos a evitar o desgaste da rede ao longo do processo de recuperação. Além disso, o AA foi descrito como efetivo no provimento de apoio consistente e mensagens positivas para recuperação e tanto o receber quanto proporcionar auxílio no AA ajuda na recuperação dos indivíduos.

Embora nem todos os estudos pontuem o AA como melhor alternativa de tratamento, as evidências trazidas por este artigo de revisão são muito relevantes, sobretudo porque este tipo de recurso pode ser usado em conjunto com outros tipos de tratamento.

Martins (2007) analisou a configuração das relações sociais de idosos de um grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) e identificou como repercussão do processo de alcoolismo, perdas,

afastamento de amigos/vizinhos, desemprego, afastamento das atividades, desavenças familiares, separações, ressentimentos e isolamento social da família. A composição da rede formal destes idosos inclui hospitais, clínicas, postos de saúde e, sobretudo o AA (cuja afiliação foi apontada como principal estratégia de enfrentamento do alcoolismo). Já com relação à rede informal, família, amigos e vizinhos a compõem.

Segundo Galanter (2007), além da questão de afiliação, os programas de 12-passos abordam as necessidades espirituais, entendendo espiritualidade como aquilo que dá às pessoas significado e objetivos na vida. Este autor descreve que quando os indivíduos perdem a confiança em si mesmos e deparam-se com situações que não podem resolver experimentam novos significados ao entrarem em contato com um contexto social que promove nova e diferentes perspectivas. Dessa forma, os aspectos afetivos e afiliativos do AA diminuem a angústia emocional promovendo um alívio que é contingente em manter os vínculos ao grupo, isto é, o alívio da angústia por um grupo ativamente empenhado/zeloso é o principal fator responsável pela manutenção do comprometimento ideológico e afiliação social destes indivíduos. O mesmo autor conclui então que as pessoas que estão altamente angustiadas pelas conseqüências de sua adicção são candidatas a responder à forte orientação ideológica do AA para recuperação e reforço operante. Isso se deve pela afiliação à ideologia e às normas comportamentais relacionadas à abstinência e estilo de vida fundamentado na espiritualidade.

Outro tipo de movimento descrito por Galanter (2007) como zeloso e intensamente coesivo e que preconiza a afiliação de seus membros através de normas comportamentais são os movimentos religiosos.

Neste sentido, Sanchez (2006) e Sanchez e Nappo (2008), com base num estudo qualitativo sobre as intervenções religiosas na recuperação de dependentes de substâncias destacam que a religião oferece recursos sociais de reestruturação: novos amigos, ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários, valorização das potencialidades individuais, coesão grupal e apoio incondicional dos líderes. As autoras atribuem o sucesso dos tratamentos religiosos ao acolhimento oferecido pelas instituições religiosas aos que procuram ajuda. Estes indivíduos recebem apoio de forma respeitosa proporcionando recuperação da auto-estima e reinserção social através de novas atividades e vínculos sociais.

Estes estudos, ao proporcionar a caracterização dos possíveis fatores responsáveis pelo envolvimento e adesão de dependentes de substâncias contribuem para reflexão sobre os modos de

intervenção proporcionados pelos serviços disponíveis para esta população, bem como para as especificidades que os tratamentos devem ter para se constituírem num apoio formal eficaz.

Nas perspectivas psicológicas para o tratamento de substâncias, destaca-se a abordagem cognitivo-comportamental. Dutra et al. (2008), desenvolveram um importante estudo de metanálise investigando a eficácia dos tratamentos psicossociais focados na abordagem cognitivo-comportamental (intervensões relacionadas ao manejo de contingências, estratégias para mudanças e prevenção de recaídas) tendo como parâmetro de comparação os tratamentos comuns (12-passos, manejo não contingencial, grupo de aconselhamento, entrevista motivacional). As evidências do estudo sugerem que a média dos resultados a curto-prazo dos indivíduos sob tratamento com intervenções psicossociais são maiores do que, aproximadamente, 67% dos pacientes de tratamentos comuns; no entanto ressaltam que o uso de medicação como condição prévia, facilita ao indivíduo responder aos demais recursos do tratamento tanto no psicossocial quanto nos tratamentos comuns.

A partir destes achados observa-se que a abordagem cognitivo-comportamental consiste numa opção promissora aos serviços que atendem os dependentes de substâncias e que a questão medicamentosa consiste em mais um dos fatores que podem contribuir para a resposta destes indivíduos ao tratamento.

De acordo com Range, Marlatt (2008), as características de um programa efetivo seriam:

- Manutenção da mudança por período significativo
- Manutenção da adesão às demandas do programa
- Técnicas cognitivo-comportamentais aliadas a estratégias de mudanças de estilo de vida
- Facilitar a motivação e habilidades de enfrentamento
- Proporcionar estratégias para lidar com fracasso
- Utilizar-se de sistemas de apoio disponíveis.

Estes autores preconizam a utilização de um modelo de tratamento em grupo baseado na abordagem cognitivo-comportamental argumentando que a maioria dos programas tradicionais trabalha as questões motivacionais (porque se abster), mas carecem de fornecimento das habilidades necessárias para o indivíduo nesse processo (como se abster). Partindo do pressuposto que a adicção está associada com déficits de habilidades de enfrentamento de situações problemáticas do cotidiano, Range, Marlatt (2008) propõe uma metodologia de grupo que inclua treinamento de habilidades relacionais, fortalecimento de comportamentos assertivos, manejo da raiva,

reestruturação cognitiva para reduzir ansiedade e humor depressivo e, dentre outros, estímulo para participar de novos grupos sociais.

Ainda no tocante ao tratamento das dependências de substâncias psicoativas e, especificamente em relação ao papel do enfermeiro no planejamento do cuidado, faz-se necessário um olhar cuidadoso quanto à possibilidade do indivíduo dependente possuir um diagnóstico psiquiátrico secundário, o que implicará na necessidade de um atendimento diferenciado tanto no tocante às intervenções voltadas à melhoria de suas habilidades sociais nas diferentes situações de risco de uso de drogas quanto na mobilização e reforço do apoio social.

Schmitz et al. (2000) a partir da premissa de que a co-morbidade psiquiátrica entre indivíduos que fazem uso abusivo de drogas é muito comum, desenvolveram um estudo de avaliação prospectiva das diferenças potenciais na sintomatologia, padrão de uso de drogas e funcionamento psicológico entre dois grupos de indivíduos: I) com diagnóstico de dependência de cocaína; II) com diagnóstico de dependência de cocaína e distúrbio depressivo maior não induzido por substâncias. Esta avaliação evidenciou que os indivíduos com duplo diagnóstico apresentaram menor confiança em suas habilidades de lidar com uso de drogas, menor nível de percepção de apoio social e funcionamento social mais precário do que os indivíduos com diagnóstico de dependência de cocaína apenas.

No Brasil, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial especializados em álcool e drogas, têm-se observado um aumento no número de usuários de substâncias com transtornos mentais severos sob tratamento nestes serviços. Segundo Warren, Stein, Grella (2007) os indivíduos com desordens co-ocorrentes tem menores probabilidades de completar o tratamento e maiores taxas de recaídas e re-hospitalização. Por se tratar de uma população heterogênea estes indivíduos possuem diferentes níveis de funcionamento, acesso a apoio social e outros recursos que podem influenciar os resultados do seu tratamento e funcionamento em curto e longo prazo. Warren, Stein, Grella (2007) realizaram um estudo para examinar os problemas apresentados por subgrupos de indivíduos com transtornos co-ocorrentes e os recursos pessoais e características que podem mediar os resultados do tratamento. Os resultados sugerem que: o tempo de tratamento exerce influência positiva no uso de substâncias e no transtorno mental; mais apoio social no início do tratamento prediz melhoras relacionadas ao uso de drogas e *status* de saúde mental e quanto mais avançada a idade do indivíduo, menor o apoio social disponível. Os autores concluíram que o tratamento para indivíduos com transtornos co-ocorrentes requer mais tempo e intensidade, pois estes sujeitos são menos suscetíveis às intervenções e mais propensos à recaída; além disso, destacam o potencial

terapêutico do apoio social e auto-eficácia para abstinência na população de indivíduos com transtornos co-ocorrentes.

2.3 Tratamento da dependência de substâncias no Brasil: o CAPS ad

A importância do desenvolvimento de pesquisas embasadas de fato nos resultados disponibilizados por estudos prévios reside na necessidade de formar-se um arcabouço teórico e corpo de evidências que contribuam para melhoria das práticas, aperfeiçoamento das políticas públicas e progresso nos modelos de atenção ao dependente de substâncias.

Contribuindo para tal reflexão, Alves (2009) discute os modelos de atenção à saúde aos usuários de substâncias no Brasil considerando dois principais posicionamentos políticos: 1) proibicionismo (baseada na redução da oferta e demanda e em intervenções repressivas, criminalização da produção, do tráfico, porte e consumo); 2) abordagem de Redução de Danos (intervenções para minimização dos danos sociais, econômicos e à saúde sem necessariamente coibi-los). O autor discute a ineficácia do modelo proibicionista e destaca que os países europeus têm dado preferência para a redução da demanda e que, embora estes países tenham sido berços da redução dos danos, não houve aumento desenfreado do consumo nem escalado de drogas leves para pesadas nos países com esta abordagem, em contrapartida houve aumento da demanda por tratamento e ampliação do acesso para tal.

O Brasil é um país signatário das convenções internacionais para repressão ao uso e tráfico de drogas ilícitas – fator que tem forte repercussão na formulação da política nacional sobre drogas. Apesar disso, a partir de 2000 percebe-se uma permeabilidade desta política quanto ao enfoque de Redução de Danos decorrente da pressão política de profissionais e militantes de tal forma que, em 2006, a política vigente aumenta a repressão e as penalidade ao tráfico e produção de drogas; faz-se distinção entre usuário e dependente; institui-se penas alternativas para o crime “porte de drogas para consumo pessoal; preconiza-se a transversalidade da Redução de Danos na prevenção e atenção aos usuários e famílias e ênfase na reinserção social propondo a integração e reintegração do indivíduo em redes sociais. Com isso contata-se a necessidade premente de uma rede de atenção integral, aos usuários de substâncias, fortalecida, centrada na atenção comunitária, orientada pela concepção de Redução de Danos e articulada aos demais serviços sociais e de saúde (ALVES, 2009).

No Brasil o expoente de um serviço de base comunitária orientada pela concepção de Redução de Danos e responsável pela articulação desta rede de atenção integral preconizado pelas atuais políticas brasileiras é o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) já em funcionamento em algumas cidades do país. Foram encontrados na presente busca 4 estudos relacionados ao apoio social e uso de drogas desenvolvidos em CAPS ad.

Oliva (2007) realizou uma pesquisa para identificar as relações entre o apoio social e a dependência de álcool entre indivíduos sob tratamento em um CAPS ad. A autora descreve sujeitos, em sua maioria, desempregados, com baixo nível de escolaridade e baixo apoio social. Os resultados destacam que os indivíduos com faixa etária mais alta (sobretudo em torno dos 50 anos) tinham quinze vezes mais chance de não terem apoio quando comparado aos mais jovens e que há urgente necessidade de programas específicos em prol do fortalecimento do apoio social durante e após o tratamento do uso abusivo de álcool.

Souza e Kantorski (2009) desenvolveram um estudo visando identificar a rede social de indivíduos sob tratamento em CAPS ad e refletir sobre a qualidade e situação dos vínculos relacionais destes sujeitos. Os resultados mostraram vínculos familiares rompidos, indivíduos vivenciando situação de desemprego, auto-estima baixa e relações sociais restritas, além disso, as autoras chamam à reflexão o potencial do serviço de saúde, que atende esta população, para constituir-se em apoio formal provendo suporte emocional direto, assistência familiar e promovendo a otimização da rede de apoio informal.

Jahn et al. (2007) afirmam que o papel do enfermeiro numa relação de ajuda é proporcionar a escuta, esclarecimentos e apoio, isto é, proporcionar meios para o indivíduo enfrentar a situação de dependência de substâncias, aprender com a experiência e encontrar um significado. Logo, um meio para a efetivação de tal apoio seria a formação de grupos para alcoolistas e grupos de familiares ou acompanhantes com o papel de resgatar valores, possibilidades, potencialidades, pertencimento, proporcionar espaço para compartilhamento de dúvidas, sentimentos, valores e significados através da comunicação; além disso, possibilitar a interação em prol da realização de projetos pessoais e coletivos. Com base nestas premissas Jahn et al. (2007) buscaram conhecer através de um estudo a importância que o grupo de apoio ao alcoolista tinha para os usuários de um CAPS ad. Os sujeitos descreveram o grupo como uma espécie de lar, um lugar seguro no qual todos convivem com o mesmo problema e ajudam-se mutuamente em prol da reabilitação e reconstrução de suas vidas pois o processo de dependência compromete suas relações e dignidade. Os autores

destacam que a vinculação terapêutica entre usuários e profissionais facilita a reinserção destes indivíduos na comunidade de uma forma mais segura.

O funcionamento pleno dos CAPS ad, atendendo orientações dos estudos atuais e às propostas das políticas vigentes, sem dúvida constitui-se num desafio, pois os profissionais muitas vezes estão arraigados às antigas práticas ou encontram barreiras ideológicas relacionadas ao processo de trabalho ou à gestão local (que diferem de região pra região) que muitas vezes são incongruentes com a proposição de um novo modelo assistencial.

Souza et al. (2007) através de um estudo qualitativo analisaram o funcionamento de um CAPS ad focando suas práticas. Descrevem que o serviço realiza atendimento diário, utiliza-se de planejamentos terapêuticos individualizados contemplando atendimento individual (medicamentoso, psicoterapêutico e de orientação), acolhimento, atendimentos grupais e oficinas terapêuticas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. No entanto, alguns pontos críticos são apontados pelos autores, como a não realização de busca ativa e visitas domiciliares e uma rede de serviços relativamente desconexa, a influência da formação médico-hospitalocêntrica na organização dos cuidados e a falta de engajamento de alguns profissionais como fatores importantes no conjunto de desafios para a consolidação de uma nova proposta de assistência. Além disso o CAPS ad não atuava interativamente com o Serviço de Redução de Danos do município impedindo a potencialização dos recursos destes serviços à população de dependentes de substâncias e suas respectivas redes sociais.

O conjunto dos artigos/dissertações e teses analisados aborda aspectos relacionados à saúde do indivíduo e ao uso de drogas, as modalidades de tratamento e apoio formal e os modelos de tratamento vigentes entre os especialistas.

Os estudos revisados são de grande relevância para a enfermagem, pois permitiram traçar um panorama sobre as recentes pesquisas referentes ao apoio social e uso de drogas em diferentes regiões do mundo (Estados Unidos, Inglaterra, Israel, França, Canadá, Chile, Austrália e Brasil). Neste sentido, a maioria dos estudos internacionais teve como local de seleção dos sujeitos, serviços tradicionais como: ambulatórios, hospitais, serviços tipo 12-passos, e clínicas de tratamento na modalidade de Comunidades Terapêuticas (descritos como serviços residenciais) além de moradores de rua e Universidade. Já nos estudos brasileiros revisados os locais foram: AA, hospital, consultório particular, instituições religiosas, escola e CAPS ad.

Nota-se que 4 dos 33 estudos revisados referem-se à pesquisas de enfermagem, a saber, Beck, David (2007), Souza, Kantorski (2009), Jahn et al. (2007) e Souza et al. (2007). Este fato

mostra que os pesquisadores e profissionais de enfermagem estão se preocupando também em investigar a temática apoio social e drogas.

Vale ressaltar o destaque do caráter inovador do CAPS ad como um serviço público do novo modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil que, apesar das dificuldades e desafios que vêm encontrando para se estabelecer enquanto serviço de referência foi local de estudo de um número expressivo de pesquisas relacionadas a drogas e apoio social.

Mediante os dados da literatura científica encontrada verifica-se a potencial demanda de cuidados de enfermagem para esse grupo especificamente, procurando realizar uma avaliação cuidadosa do contexto comunitário e familiar do indivíduo a fim de definir as bases reais do problema de dependência; obter contato direto com as fontes de apoio adequadas à cada situação; buscar formas de empoderamento aos indivíduos e grupos fragilizados; efetivar interações com a família e outros sistemas disponíveis; inserir como metas do planejamento assistencial maior socialização do sujeito e responsabilização individual.

Os resultados de tal revisão embasam o delineamento dos três pressupostos deste presente estudo:

1º. Pressuposto: Indivíduos com condições sócio-econômicas mais precárias têm menor apoio social disponível;

2º. Pressuposto: Indivíduos dependentes de substâncias têm menos fontes de apoio social e menor satisfação com sua rede de apoio do que não dependentes

3º. Pressuposto: Há diferença na caracterização e composição da rede de apoio de dependentes de substâncias e não dependentes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a diferença entre dependentes e não dependentes de substâncias quanto à percepção de apoio social utilizando um instrumento de medida de apoio social validado para o Brasil e identificar possíveis diferenças da rede de apoio destes indivíduos.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sócio-demográficas e sócio-econômicas destes indivíduos
- Mensurar a disponibilidade de apoio social segundo a percepção dos indivíduos e respectiva satisfação com este apoio
- Verificar se há diferença entre a disponibilidade e satisfação com apoio social entre os dois grupos (dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas)
- Identificar se há relação entre características sócio-demográficas (renda per capita, anos de estudo e situação de emprego) e apoio social
- Conhecer as principais características do serviço de saúde mental no qual os indivíduos dependentes de substâncias estão sob tratamento
- Analisar a rede de apoio social de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas submetidos ao tratamento num Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas e de indivíduos não dependentes de substâncias
- Comparar a rede de apoio social destes indivíduos

4 JUSTIFICATIVA

Os estudos descritos na literatura e apresentados anteriormente servem como premissas para afirmação de que o as investigações sobre a rede de apoio social de indivíduos dependentes de substâncias consiste num caminho precursor para ampliar as perspectivas de abordagens terapêuticas no contexto da sociedade atual. Cabe ressaltar que a maioria dos estudos empíricos relacionadas à dependência química e apoio social com a utilização de instrumentos validados tem sido desenvolvida por grupos e pesquisadores internacionais. Portanto, a realização da pesquisa proposta certamente será uma contribuição importante tanto para direcionar as práticas terapêuticas vigentes quanto para fornecer subsídios e contestações que hão de iluminar futuras investigações da área.

Além disso, devido às diferentes escalas utilizadas nos estudos sobre apoio social, há dificuldade de comparar o apoio social entre diferentes grupos de indivíduos. Logo, esta pesquisa utilizando dois grupos, dependentes e não dependentes, permitirá este tipo de comparação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

5.1 Apoio social

5.1.1 Aspectos conceituais, funções e tradições teóricas

O termo apoio social, considerando a subjetividade das palavras que o compõe, permite abrangentes interpretações que podem diferir na amplitude, mas são semelhantes na essência. *Apoio* é definido pelo dicionário Priberam da Língua Portuguesa como: 1) o que sustenta; 2) o que tem alguma coisa sobre si; sustentáculo, base; esteio; arrimo; 3) auxílio, proteção; 4) aprovação; prova; 5) sentido figurado de fundamento. Tais definições fazem alusão a um conjunto de funções, a uma dinâmica de papéis que culminam no verbo transitivo *apoiar*. Devido às diferentes nuances que podem ser dadas ao significado de apoio, o termo apoio social tem sido utilizado com diferentes sentidos no âmbito da pesquisa.

Sarason et al. (1983), Cohen, Wills (1985) e Mc Dowell, (2006) definem apoio social como a existência e/ou disponibilidade de pessoas no entorno social com as quais se pode contar/confiar, pessoas que provêm cuidado, valores e amor.

Na definição de Cohen, Wills (1985), o apoio social é toda informação (verbal ou não verbal) que leva o sujeito a acreditar que é cuidado e amado, estimado e que pertence a uma rede de obrigações mútuas, contribui para o enfrentamento das adversidades e proporciona benefícios à saúde física, mental e social.

Ciente da não existência de consenso quanto à definição do termo, Vaux (1988) entende-o como um fenômeno de múltiplas dimensões associadas à saúde do indivíduo, o conjunto de todos os recursos providos por outras pessoas.

Apesar da grande quantidade de investigações na área de apoio social identificam-se vários problemas de definição e operacionalização. É comum encontrar termos como “relações sociais”, “redes sociais”, “integração social”, “vínculos sociais” e outros sendo são usados indistintamente, mas sem se referir necessariamente à mesma coisa (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997). Dentre estes termos, um dos mais pontuados quanto à distinção com o apoio social é o termo rede social.

Mc Dowell (2006) distingue apoio social de rede social conceituando este último como os vínculos e papéis que ligam indivíduos por laços de parentesco, amizade ou conhecidos, isto é, são estruturas ou grupos de onde provem o apoio. Newman (2003) afirma que o termo rede social é

descrito por diferentes autores como o conjunto de pessoas ou de grupo de pessoas com padrão de contato entre elas (amizade, negócios, conjugal, familiar).

Para Roth (1996) uma rede social consiste no quadro de relações de um indivíduo em particular ou um conjunto de ligações entre um grupo de pessoas, enquanto o termo apoio social é focado na natureza da interação, isto é, em como a relação social é avaliada pelo indivíduo (se o padrão de interação é útil e para que). A distinção entre estes dois conceitos é muito importante, segundo a autora, pois eles podem ter diferentes efeitos no status de saúde do indivíduo e consideráveis implicações na pesquisa e prática clínica.

Apesar da controvérsia em relação à definição do conceito de apoio social, um corpo de evidências acumuladas durante os últimos anos mostra que, seja qual for a definição, o apoio social exerce um papel muito importante (direto ou indireto) na determinação dos níveis de saúde e bem-estar dos indivíduos (VAUX, 1988).

No tocante à esta correlação entre apoio social e bem-estar, Cohen, Wills (1985), Ames, Roitzsch (2000) apontam a existência de dois modelos teóricos:

1. **Modelo protetor (*Buffering Model*):** propõe que o apoio social está relacionado ao bem-estar apenas, ou primariamente, para pessoas sob estresse, isto é, o apoio social age como protetor contra patologias decorrentes de eventos estressantes (efeito indireto); ou ainda, o apoio social protege/ameniza o indivíduo dos efeitos danosos do estresse;
2. **Modelo do efeito direto (*Main Effect Model*):** propõe que os recursos sociais têm um efeito benéfico independente das pessoas estarem ou não sob estresse (efeito direto), isto é o apoio social preserva a saúde independente da presença do estresse.

O presente estudo está pautado no primeiro modelo (*Buffering Model*) e, por conseguinte, o instrumento utilizado para mensurar o apoio (que será apresentado mais adiante) também foi desenvolvido baseado neste modelo.

Mc Dowell, (2006) afirma que indivíduos bem integrados às suas comunidades tendem a viver mais e podem ter maior capacidade de recuperar-se das enfermidades. Assim, faz-se necessário ter como objetivo final do cuidado, a reintegração das pessoas na vida produtiva e em sociedade mais do que meramente o tratamento dos sintomas. Isto demanda o entendimento destes indivíduos como seres envolvidos num contexto social complexo.

Com base na abrangência conceitual do termo apoio social, na complexidade da idéia de conceber os indivíduos como seres sociais que são suscetíveis às diferentes circunstâncias estressantes e que estes estão inseridos numa trama de relações, depreende-se a importância de

investigar as potencialidades do apoio social e o efetivo papel que o mesmo pode exercer em relação à integração e bem-estar das pessoas.

Neste sentido Sarason et al. (1983), Cohen, Wills (1985) e Mc Dowell (2006) descrevem que o apoio social contribui para o ajustamento positivo do indivíduo, para o desenvolvimento de sua personalidade e, além disso, exerce um efeito protetor contra os efeitos do estresse (*Buffering Model*).

Para Vaux (1988) o apoio social de familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e conhecidos, pode fornecer valorização, ânimo, entusiasmo, referência, identidade, direcionamento, auxílio/acompanhamento dos acontecimentos do cotidiano; também possibilita o compartilhamento de tarefas, proporciona informações e afeição. Este autor distingue os **comportamentos** das **funções** do apoio social. Os comportamentos compreendem ações como ouvir, expressar interesse, mostrar afeição, compartilhar tarefas, cuidar, emprestar dinheiro, dar conselhos, fazer sugestões, socializar, confortar um amigo estressado, encorajar alguém a realizar uma tarefa difícil, ouvir enquanto alguém descreve um problema, emprestar dinheiro ou objetos, dar conselhos, fazer sugestões, compartilhar tarefas e prover informações. Tais ações seriam empreendidas com a função de proporcionar amor, intimidade, pertencimento, integração, entusiasmo, dar direcionamento e fortalecimento da identidade.

De acordo com uma revisão sistemática empreendida por Vaux (1988) pode ser consensual 4 a 6 tipos de apoio, como: 1)apoio emocional; 2)assistência nas tarefas; 3)avaliação e compartilhamento de visão do mundo; 4)acesso a informações diversas e contatos; ou ainda: 1)ajuda material; 2)compartilhar tarefas; 3)conselhos, interações íntimas; 4)orientação (informações, instrução); 5)feedback (quanto ao comportamento, sentimentos e pensamentos); 6)interação social positiva (diversão, relaxamento)

Berkman et al. (2000) realizaram, mais recentemente, um amplo estudo de revisão sobre rede e apoio social e a partir deste descrevem os principais subtipos de apoio, a saber:

- Apoio emocional: amor, carinho, simpatia, estima, valor proporcionado por um confidente ou alguém íntimo (embora vínculos menos íntimos possam prover tal apoio em certas condições);
- Apoio instrumental: auxílio, ajuda ou assistência em necessidades materiais;
- Apoio avaliativo (*appraisal*): auxílio na tomada de decisão, *feedback* apropriado;
- Apoio informacional: fornecer informações para necessidades particulares

A partir do entendimento dos tipos e funções do apoio, bem como dos possíveis comportamentos apoiadores, apreende-se ainda mais a inevitável dinamicidade relacional implicada na integração do indivíduo ao seu entorno social. Isto é, há necessidade do estabelecimento de inúmeros contratos sociais dos quais advenha o fluxo de apoio social quando houver esta demanda.

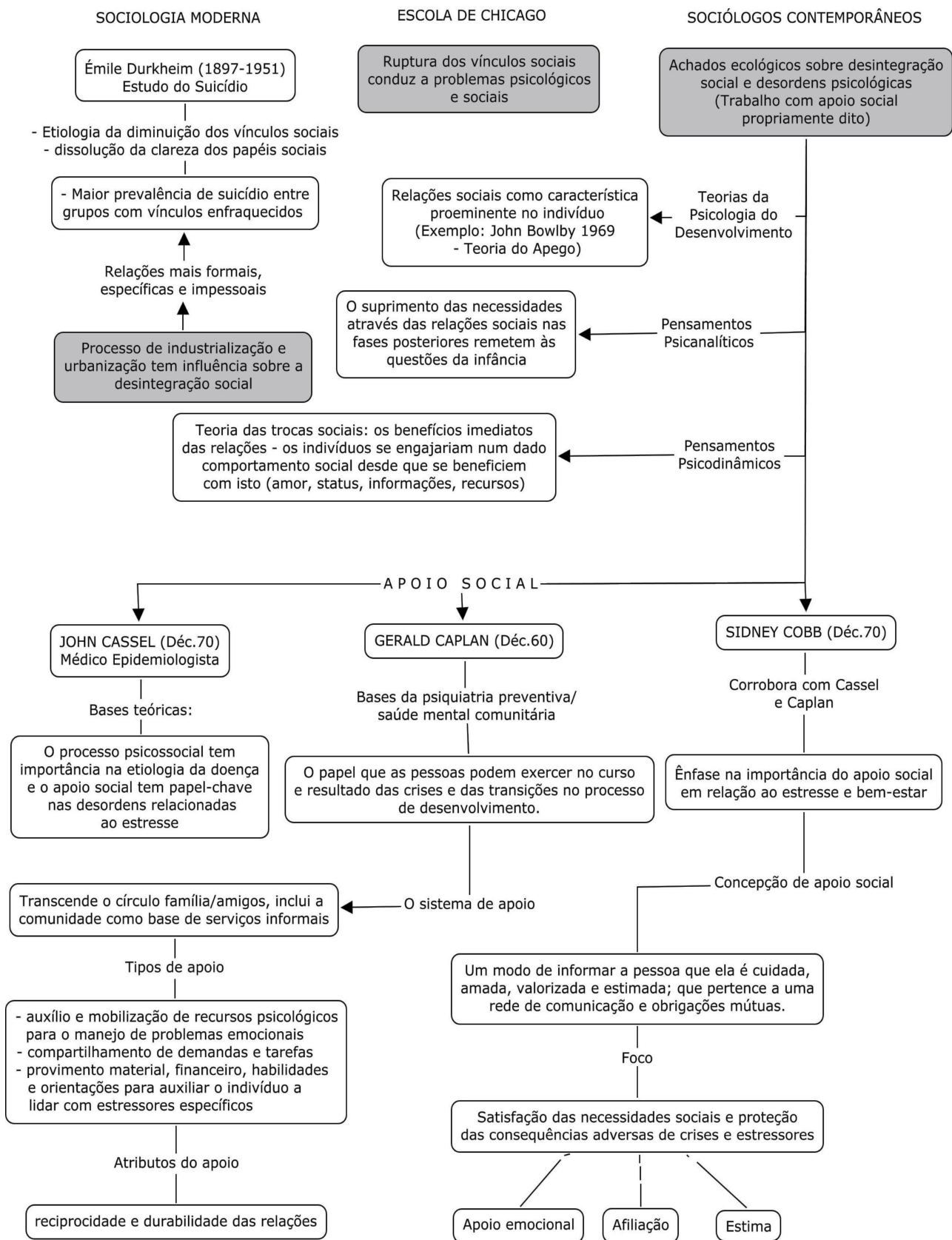
Por exemplo, fazer amigos, despender tempo com eles, estar envolvido com alguma organização social, ter um companheiro são atividades relacionais que envolvem o comportamento apoiador. Inerente a estas atividades, a qualidade das relações, o quanto o indivíduo sente-se cuidado e valorizado é subjacente à avaliação subjetiva do sujeito em relação às suas necessidades sociais (VAUX, 1988).

Segundo Vaux (1988) esta avaliação subjetiva é influenciada por fatores pessoais (características da personalidade – extroversão, autoconfiança, neuroses); vantagens sociais (atratividade, interesses diversos, competências sociais); receptividade (estar deprimido, prejudicado ou estigmatizado) e fatores ambientais (história familiar, papel social ocupado, aspectos sócio-clínicos, vizinhança, local de trabalho, características ecológicas das demandas ambientais).

A influência destes fatores listados por Vaux (1988) tem importantes implicações no âmbito das pesquisas sobre apoio social e devem ser atentamente inseridas no projeto operacional a fim de que sejam obtidos resultados contextualizados à realidade da população pesquisada. No âmbito da saúde mental, por exemplo, todos estes fatores estão intrinsecamente imbricados e, geralmente, os pacientes estão mais vulneráveis quanto ao seu investimento relacional e poder de contratualidade.

Segundo Vaux (1988), John Cassel, Gerald Caplan e Sidney Cobb foram os fundadores do trabalho em apoio social uma vez que exploraram e delineararam o tópico, sugeriram os tipos de relações sociais e atividades envolvidas, estabeleceram a questão do apoio social como campo de pesquisa no sentido do apoio agir como protetor dos efeitos adversos do estresse (psicológico ou somático) e focalizaram este tipo de apoio como intervenção social.

No tocante aos aspectos históricos, no quadro 1, através de um mapa conceitual são evidenciados alguns precursores e as contribuições teóricas que embasaram o construto apoio social. Conforme demonstrado pelo esquema a origem do apoio social remonta à sociologia, psicologia, psiquiatria, psicodinâmica e até à epidemiologia.



Quadro 1 – Mapa conceitual da origem teórica do construto apoio social
 Fonte: Adaptado de Vaux (1988)

A abordagem teórico-conceitual delineada proporciona uma base para a apreensão das orientações metodológicas, descritas pelos estudiosos da área, sobre as pesquisas relacionadas ao apoio social.

5.1.2 Orientações para o desenvolvimento de pesquisas e as medidas de apoio social

Após o estabelecimento da questão do apoio social como campo de pesquisa, inúmeros estudos passaram a abordar este construto. No entanto a dificuldade relacionada à formação de um corpo de evidências consolidado cientificamente é decorrente de diversas questões teórico-metodológicas.

A principal crítica dos estudiosos desta temática (SARASON et al., 1983; COHEN; WILLS, 1985; MCDOWELL, 2006; VAUX, 1988) diz respeito aos diferentes conceitos e métodos de mensuração adotados na identificação, avaliação e/ou apreciação, do apoio social.

Para Vaux (1988) esta situação reflete um desafio, pois o construto apoio social é um arcabouço de idéias relacionadas ao pertencimento (vinculação, obrigações); atributos de grupos (relações e pessoas); processos social, comportamental, cognitivo e afetivo. Mediante tal desafio, identifica-se como problema nos estudos sobre esta temática que pouca atenção tem sido dada em abarcar a complexidade da idéia, ou seja, há necessidade de um trabalho conceitual cuidadoso previamente à pesquisa empírica.

Dessa forma, Vaux (1988) ressalta que os principais requisitos teóricos para a pesquisa sobre apoio social incluem uma análise conceitual com foco nas diferentes facetas do construto e a escolha de medidas válidas e confiáveis.

Para Cohen, Wills (1985) além das inconsistências conceituais referidas, os diferentes resultados são muitas vezes atribuíveis aos aspectos metodológicos e às técnicas estatísticas empregadas, que também diferem entre os estudos. Desta asserção apreende-se que há necessidade de sistematização do conhecimento existente num referencial teórico-metodológico a fim de que ao menos alguns aspectos da mensuração do apoio social possam ser passíveis de reprodução.

Winemiller et al. (1993) criticam que em muitas pesquisas são utilizados instrumentos não padronizados. Isto impossibilita determinar aspectos específicos da rede social do indivíduo e tais instrumentos não provêm dados psicométricos; ademais, instrumentos cuja validade é desconhecida dificultam as comparações com outros achados.

Apesar da crítica de que as escalas limitam as possibilidades de resposta dos sujeitos e restringem a abrangência do construto, elas permitem acumular um conjunto de evidências que

podem servir como base de comparação. Assim, uma forma de complementar a avaliação é adotar a orientação de Roth (1996) e combinar abordagens quantitativas e qualitativas a fim de capturar melhor as nuances do apoio social.

Ainda em relação à avaliação do apoio social Tardy (1985) descreve algumas dimensões a serem consideradas nas pesquisas, a saber, se o apoio é dado ou recebido (direção); se está sendo utilizado ou apenas está disponível (disposição); se é descrito ou também avaliado de algum modo (descrição, satisfação, utilidade); o conteúdo do apoio (emocional, material, afetivo) e a rede social onde este apoio se encontra (família, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho, comunidade e outros).

Considerando estas dimensões, no presente estudo foi avaliado o apoio recebido (direção), utilizado de fato ou disponível ao sujeito alvo da pesquisa (disposição). Quanto à descrição, os dados foram levantados considerando a percepção do indivíduo sobre a existência do apoio e a satisfação com o mesmo. Foi especificada a identidade social do provedor de apoio e o conteúdo do apoio avaliado abarcou questões que demandam apoio emocional, afetivo, informativo e material. Dessa forma, pretendeu-se atender às proposições da tríade conceitual descrita por Tardy (1985):

- 1) Recursos da rede de apoio (acessados pelas descrições da disponibilidade de apoio);
- 2) Comportamento apoiador (acessado pelas descrições que correspondem ao apoio);
- 3) Avaliação do apoio (satisfação e se o apoio ocorre ou está disponível).

Nesse sentido Vaux (1988) descreve que apenas alguns aspectos do apoio social podem ser mensurados e outros requerem a avaliação dos próprios sujeitos sobre o fenômeno. Assim, os recursos da rede de apoio social podem ser identificados através do conjunto de pessoas que dão assistência ao indivíduo em casos de necessidade; já o valor do apoio pode ser obtido por meio de avaliação subjetiva sobre a quantidade e conteúdo dos recursos disponíveis e a orientação do apoio através da percepção dos sujeitos sobre a utilidade e as chances de buscar e encontrar ajuda na rede social.

Para Vaux (1988) a avaliação do apoio social divide-se em 3 aspectos: a) estrutura, b) composição, c) relações. Em relação à estrutura há de se considerar o tamanho da rede (ou número de indivíduos que a compõe) e a intensidade dos contatos, ou seja, a interconectividade entre os indivíduos da rede. Quanto à composição levar em conta a proporção de familiares, amigos, vizinhos, colegas do trabalho (tipo do vínculo) e a homogeneidade entre os membros da rede (idade, sexo, status social ou etnicidade). Já no tocante às relações, verificar a frequência de contatos, a proximidade geográfica e a durabilidade e intensidade das relações.

Roth (1996) sumariza que a avaliação do apoio social envolve identificar o comportamento de auxílio adotado pela família, a percepção do indivíduo sobre o apoio disponível e análise da rede social a fim de identificar as atuais e potenciais fontes de apoio disponíveis.

Em decorrência da observação destas orientações, no presente estudo serão abordados dois aspectos da avaliação destacada por Roth (1996), ou seja, a percepção do apoio social disponível (através do Questionário de Suporte Social – SSQ) e análise da rede social (aspectos estruturais da rede através das matrizes e grafos utilizando as técnicas empregadas pela *Social Network Analysis* – SNA).

Quanto às medidas de apoio social, são vários os instrumentos que se propõe a mensurar/avaliar o apoio social. Segundo Vaux (1988), a maioria das medidas de apoio são instrumentos de auto-relato (entrevista ou questionário).

É importante um amplo conhecimento prévio destes instrumentos antes da realização do projeto de pesquisa. Preconiza-se a utilização de instrumentos já existentes, confiáveis e validados, conforme exposto anteriormente, a fim de que os resultados possam ser comparáveis.

Quanto à escolha do instrumento a ser utilizado, alguns critérios devem ser observados, como se a medida é baseada numa teoria, se foca claramente as fontes, comportamento e avaliação e o grau que a medida mostra as várias fontes e modos de apoio.

O principal instrumento qualitativo de mensuração do apoio social descrito pela literatura é o ecomapa, que é comumente utilizado juntamente com o genograma.

O genograma é um diagrama familiar que configura a estrutura intergeracional das relações familiares; o ecomapa, por sua vez, refere-se a um diagrama da família em contato com outros grupos: pessoas, agências, instituições (ROTH, 1996).

Segundo Calix (2004) o ecomapa foi desenvolvido pela assistente social Dra. Ann Hartman com o objetivo de examinar as necessidades das famílias através do “retrato” da família ou indivíduo em seu espaço de convívio, em seu ambiente. Consiste numa simulação, feita com lápis e papel, do sistema ecológico que envolve o indivíduo ou família (HARTMAN, 1995¹ apud CALIX, 2004). Embora o ecomapa não forneça um escore de apoio, ele permite identificar os vínculos apoiadores e, a partir disso, Calix (2004) empreendeu um estudo visando iniciar o processo de validação e testar a confiabilidade teste-reteste deste instrumento.

Quanto aos instrumentos quantitativos, McDowell (2006) apresenta as principais escalas de apoio social e discute aspectos relacionados à aplicação, validade, confiabilidade e qualidade das

¹ Hartman, A. (1995). Diagrammatic assessment of family relationships. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 1, 111-122.

mesmas em relação ao mensuramento do construto apoio social. Para cada escala apresentada McDowell (2006) descreve o título original, o autor e ano de construção, objetivo, bases conceituais, pontos fortes e fracos, número de itens, tempo de aplicação e se há um número relevante de estudos utilizando tal escala; na tabela 2 são apresentadas as principais informações sobre estas escalas:

Tabela 2 – Caracterização de instrumentos que mensuram apoio social

Instrumento/autores	No. de Itens	Uso	Tempo de aplicação	Validação/adaptação (versão brasileira)	Estudos utilizando o instrumento
Social Relationship Scale (Allan H. Mc Farlane, 1981)	6	pesquisa	-		poucos
Social Support Questionnaire (Irwin G. Sarason, 1983)	27	pesquisa	20 a 30 min.	Matsukura (2001)	vários
RAND Social Health Battery (RAND Corporation, 1978)	11	survey	-		poucos
MOS Social Support Survey (Cathy Sherbourne; Anita Stewart, 1991)	20	survey	-	Griep et al (2003, 2005)	poucos
DUKE-University of North Carolina (UNC) Functional Social Support Questionnaire (W.E. Broadhead, 1988)	8	clínico	3 min.		poucos
DUKE Social Support and Stress Scale (George R. Parkerson, 1989)	24	pesquisa	15 min.		vários
Social Functioning Schedule (Marina Remington and P.J. Tyler, 1979)	121	clínico	20 min.		poucos
Interview Schedule for Social Interaction (Scott Henderson, 1980)	52	pesquisa clínico	45 min.		vários
Norbeck Social Support Questionnaire (Jane S. Norbeck, 1995)	9	pesquisa	-	*	poucos
Social Support Appraisals (para crianças e adolescentes) (Alan Vaux, 1985)	30	pesquisa	-	Squassoni (2009)	poucos

*Andriola, Troccoli e Dias (1990) referem que o instrumento foi adaptado para a versão brasileira mas, de acordo com Gonçalves, Pawlowski, Banderira e Piccinini (2008) não revelam os procedimentos nem os indicadores psicométricos encontrados.

Fonte: Adaptado a partir de McDowel (2006), Antunes e Fontaine (2005), Gonçalves et al. (2008).

Segundo McDowel (2006) não é possível afirmar qual das escalas de apoio social existentes é a mais eficiente principalmente porque poucas têm sido amplamente testadas; no entanto, das revisadas pelo autor, a escala de Sarason (*Social Support Questionnaire – SSQ*) parece ser a mais promissora, razão pela qual foi adotada para a realização da presente pesquisa.

5.2 Análise de Redes sociais (ARS)

Em conformidade com o preconizado pelos pesquisadores que utilizam o apoio social como fundamentação teórica (TARDY, 1985, VAUX, 1988, ROTH, 1996) que se deve proceder, concomitante à avaliação do apoio social a análise da rede donde provém este apoio, optou-se pela utilização da Análise de Redes Sociais (ARS) para avaliar o aspecto estrutural da rede de apoio dos sujeitos do presente estudo.

A perspectiva relacional das Ciências Sociais concebe que a explicação dos fenômenos pode estar na configuração das relações entre atores, logo, a interpretação dos processos sociais das redes relacionais tem um importante papel nas investigações desta área (FOMER; YOUNG, 2008; MARTELETO, 2001).

Assim, a análise de redes sociais consiste numa técnica metodológica que permite averiguar os diversos aspectos de uma rede com base nas conexões/interações dos indivíduos; seu uso não é restrito ao âmbito das relações sociais, outros campos científicos têm-se utilizado de tal técnica adaptando-as às especificidades de cada estudo (BARABÁSI, 2009).

O foco da análise são as relações (pessoas, objetos, organizações) e o objetivo é entender as características estruturais e, conseqüentemente, evidenciar suas especificidades, influências sobre o fenômeno estudado e possibilidades de otimização das redes. Logo, suas aplicações abrangem a tecnologia da informação, a sociologia, a economia, a matemática aplicada. No âmbito da saúde, um dos campos de aplicação da ARS é o apoio social (NEWMAN, 2003; MATHEUS; SILVA, 2006).

Com base nessas premissas, a Análise de Redes Sociais (ARS) pode ser compreendida como uma técnica metodológica que permite averiguar os diversos aspectos de uma rede com base nas conexões/interações entre os indivíduos.

Fomer, Young (2008) apontam a ARS como modo eficiente de estudar as estruturas sociais de modo sistemático, isto é, uma ferramenta que interpreta dados qualitativos e quantitativos objetivando conhecer as interações e suas influências sobre determinado fenômeno.

Assim, a ARS é considerada (FOMER; YOUNG, 2008 E MATHEUS; SILVA, 2006) como uma técnica de análise de dados relacionais visando a identificação das estruturas e especificidades das relações possibilitando também a definição das posições dos atores numa rede.

Segundo Marteleto (2001), a ARS é um meio de realizar a análise estrutural visando demonstrar que a forma da rede é explicativa dos fenômenos analisados:

A estrutura é apreendida concretamente como uma rede de relações e de limitações que pesa sobre as escolhas, as orientações, os comportamentos, as opiniões dos indivíduos (MARTELETO, 2001 p.72).

Apreendendo, portanto, a ARS como um conjunto de métodos úteis para o estudo de relações sociais específicas cabe ressaltar que o foco de tal análise é centrado nas estruturas sociais e suas interações.

A ARS pode ser útil tanto numa perspectiva macro quanto microssociológica, sobretudo se for possível a integração de ambas as perspectivas. Na dimensão micro, é possível centrar-se no modo de interação de um indivíduo com outro e no objetivo do conjunto das ações do grupo; na dimensão macro, o cerne é no fato que a estrutura das redes sociais tem influência nas condutas individuais, isto é, pensamentos e ações emergem da “dinâmica de funcionamento” da rede (FOMER; YOUNG, 2008).

O estudo das redes em seus aspectos estruturais teve início na Matemática, com a Teoria dos Grafos que consiste no pilar fundamental da matemática discreta. A proposta do matemático Euler, em 1735 à solução do problema das Pontes de Königsberg² é citada como a primeira evidência da Teoria das Redes, no entanto ao longo do século 20 é que se evidenciou um corpo substancial de conhecimento relacionado à Teoria dos Grafos (BARABÁSI, 2009; NEWMAN, 2003).

Os conceitos originais da ARS são fortemente baseados nas Ciências Sociais, foram adaptados da teoria dos grafos em prol de uma visão abrangente e focada nas interconexões entre as partes e o todo (BRAGA; GOMES; RUEDIGER, 2008).

Braga, Gomes, Ruediger (2008) descrevem três principais linhas do desenvolvimento da ARS:

- **Analistas sociométricos:** responsáveis pela produção de técnicas avançadas para o método usado na teoria dos grafos

- **Pesquisadores de Harvard:** responsáveis pela exploração das propriedades das relações

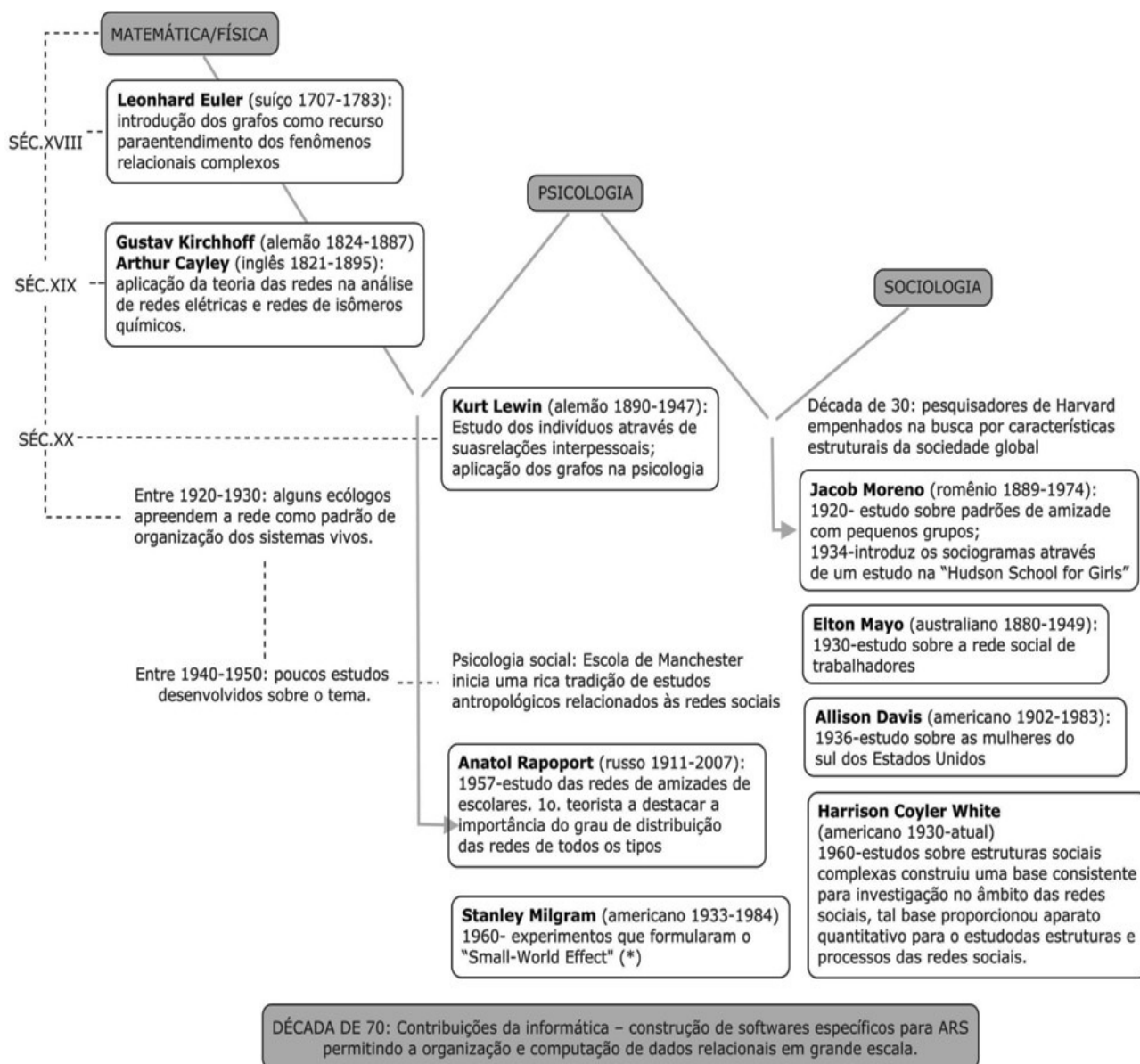
- **Antropólogos de Manchester:** construção de teorias baseadas nas vertentes anteriores.

Segundo os autores Braga, Gomes, Ruediger (2008) os analistas sociométricos foram os precursores da tradição da psicologia *gestaltica*, esta tradição foi marcada pela premissa de que a

² A cidade de Königsberg na Prússia é cortada pelo Rio Pregolia onde há duas grandes ilhas que, juntas, formam um complexo que continha sete pontes. O problema lançado (que se tornou lenda popular) era a possibilidade de atravessar todas as pontes, sem repetir nenhuma. Leonhard Euler, utilizando-se de um raciocínio muito simples, provou que não existia caminho que possibilitasse tais restrições. Demonstrou isso transformando os caminhos em retas e suas intersecções em pontos criando possivelmente o primeiro grafo da história (BARABÁSI, 2009).

organização e contexto social do grupo influenciam as percepções individuais. Os principais teóricos desta linhagem são: Kurt Lewin e Jacob Moreno (BRAGA; GOMES; RUEDIGER, 2008).

Esta afirmação traz luz à necessidade de retomar alguns aspectos históricos cujos principais marcos são descritos por Fomer, Young (2008) e Newman (2003), conforme apresentado no quadro 2:



(*): origem da concepção de que as pessoas estão distantes uma das outras apenas por um pequeno número de conhecidos, isto é, por apenas algumas conexões (idéia dos 6 graus de separação)

Quadro 2 – principais marcos teóricos do desenvolvimento da análise de redes sociais
 Fonte: Adaptado de Fomer, Young (2008) e Newman (2003)

A perspectiva de rede enfatiza múltiplos tipos de análises, pois permite traçar diferenças entre os atores, levantar as dificuldades e oportunidades de acordo com o modo que eles estão envolvidos na rede e, além disso, avaliar a estrutura e comportamento através das interações entre eles.

Segundo Vaux (1988) a premissa subjacente à análise de rede social são as propriedades estruturais e interacionais da rede. As variáveis estruturais mensuram o tamanho, a densidade, os *clusters* e a dispersão geográfica; as variáveis interacionais medem a intensidade das relações, a dimensionalidade, reciprocidade, características temporais e homogeneidade da rede.

Corroborando com tal asserção Hanneman, Riddle (2005) afirmam que a quantidade de informações necessárias para a descrição de uma rede social pode ser completamente grande, logo o manejo e manipulação destes dados para a visualização de padrões nas estruturas sociais pode ser trabalhoso e complicado. Em decorrência disso a análise de redes utiliza-se de algumas ferramentas matemáticas e técnicas gráficas que facilitam este processo, a saber:

a) Matrizes para o cálculo dos índices que descrevem a rede;

	MÃE	IRMÃOS	ESPO...	FILHOS	PAREN...	CAPS
MÃE	0	1	1	1	1	0
IRMÃOS	1	0	1	1	1	0
ESPOSA	1	1	0	1	1	1
FILHOS	1	1	1	0	1	1
PARENTES	1	1	1	1	0	0
CAPS	0	0	1	1	0	0

Figura 1 – Exemplo de matriz para análise de rede.

Fonte: Adaptado a partir do software UCINET

Conforme observado no quadro 1, os indivíduos são representados nos títulos das linhas e colunas e cada célula indica se há ou não troca de informações entre eles. É desta matriz que sairão as medidas para orientar os grafos ou sociogramas (GUARNIERI, 2009).

b) Grafos ou sociogramas para visualização dos padrões da rede (quadro 2).

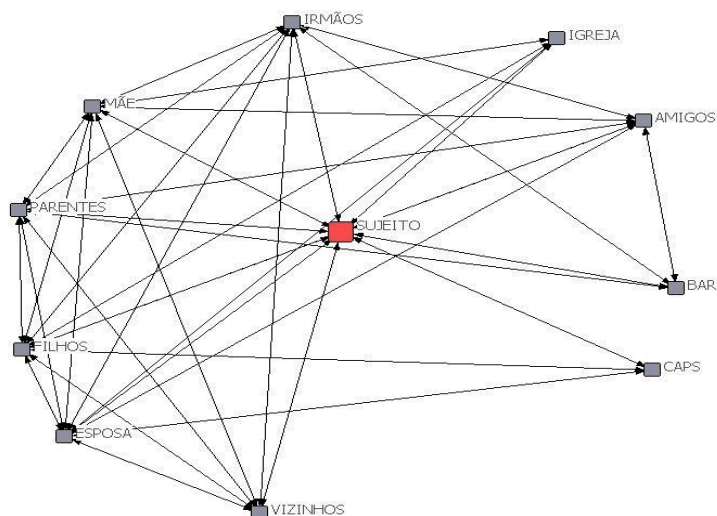


Figura 2 – Exemplo de grafo utilizado na análise de rede
Fonte: Adaptado a partir do software UCINET

Na análise de redes sociais, os grafos são muitas vezes chamados de sociogramas. Segundo Hanneman, Riddle (2005) os sociólogos emprestaram os grafos da matemática e os renomearam como sociogramas, a única diferença entre os dois é que neste último são utilizados cores, formas ou tamanhos diferentes para representar atributos dos nós individuais.

Portanto, o sociograma é uma forma de representar a rede num dado momento (espécie de retrato estático); os pontos correspondem aos atores; as linhas representam vínculos entre atores (GUARNIERI, 2009).

Segundo Braga, Gomes, Ruediger (2008) o desenvolvimento do sociograma é atribuído a Jacob Moreno e consiste numa forma de representar as configurações sociais e suas propriedades formais através de pontos e linhas; o intuito de tal mapeamento é a visualização dos canais de fluxo de informações.

Conforme pode ser observado, as matrizes e os grafos (ou sociogramas) são ferramentas formais do método de análise de redes. Para Hanneman, Riddle (2005) há 3 principais razões para o uso destas ferramentas na representação destes dados:

- Matrizes e grafos são compactos e sistemáticos permitindo sumarizar e apresentar várias informações
- Permitem o uso de recursos informatizados para analisar os dados
- Matrizes e grafos têm regras e convenções que auxiliam a comunicação clara entre os pesquisadores

A utilização do mapeamento das relações interpessoais nos moldes gráficos de uma **rede** tem um papel imprescindível tendo em vista que a análise de redes sociais pressupõe o delineamento detalhado dos processos interativos por meio da investigação das conexões interpessoais entre indivíduos e grupos (FOMER, YOUNG, 2008).

No tocante à coleta dos dados para a análise de redes sociais, Hanneman, Riddle (2005) apontam que as principais formas são: 1)questionários; 2)observação direta; 3)fontes escritas (arquivo ou diário); 4)experimentos. Segundo estes autores as redes são classificadas em dois tipos de acordo com o modo como foram coletados os dados: as redes sociocêntricas e as redes egocêntricas (ou redes pessoais).

Para as redes sociocêntricas, o método de coleta utilizado, geralmente é o “*snowball*” (bola de neve): iniciado com um ator focal (ou grupo) que responde sobre todas ou algumas (de acordo com o objetivo do estudo) de suas interações sociais. Os atores nomeados são consultados sobre seus vínculos e assim sucessivamente até que não sejam mais identificados novos atores ou até que os recursos permitam (HANNEMAN, RIDDLE, 2005).

Para as redes egocêntricas utiliza-se uma abordagem alternativa de coleta de dados que seleciona um indivíduo ou grupo foco e identifica os nós aos quais ele está conectado e quais destes nós identificados estão conectados uns com os outros; esta abordagem restringe a análise da rede para o âmbito micro (densidade e reciprocidade dos vínculos de acordo com a percepção do indivíduo foco) (HANNEMAN, RIDDLE, 2005).

De acordo com McCarty (2002) esta última abordagem baseia-se no fato de que cada membro da rede influencia de forma diferente a personalidade e comportamento do indivíduo-chave (ego). Assim, a análise de redes egocêntricas possibilita a compreensão dos diferentes modos que os egos estão envolvidos em suas estruturas sociais e como isso influencia seus comportamentos (HANNEMAN, RIDDLE, 2005).

Observa-se a pertinência do uso da análise de redes egocêntricas em estudos relacionados à saúde mental, devido à sua praticidade, economia e, sobretudo pela importância que os aspectos comportamentais assumem nesta área. Além da vantagem deste tipo de metodologia possibilitar uma análise estrutural das influências da rede social nas atitudes relacionadas ao processo saúde-doença.

Convém ressaltar que a possibilidade de uma avaliação mais detalhada das características da rede possivelmente subsidiará práticas que envolvam eficazmente pessoas-chave desta rede, isto é, pessoas significantes ao indivíduo portador de sofrimento psíquico e que exerçam de fato influência

em seu comportamento. Intervenções para e/ou com estas pessoas-chave, certamente culminarão em resultados promissores em termos de reabilitação psicossocial.

As análises de rede se ocupavam de pequenos grafos e das propriedades individuais dos vértices ou *edges*, porém, atualmente, tem ocorrido uma mudança de foco para a consideração das propriedades estatísticas dos grafos em ampla escala viabilizada pelos recursos computacionais e redes de comunicação. Isto é, anteriormente a análise era basicamente visual através do exame da figura/grafó – método primário de análise desde o início da área (NEWMAN, 2003).

O olho humano é um instrumento analítico de poder destacável, e a figura da rede no globo ocular é um modo excelente para apreender e entender sua estrutura. No entanto, com uma rede de um milhão ou um bilhão de vértices esta abordagem é inútil (NEWMAN, 2003:2).

Assim, o desenvolvimento de métodos estatísticos para a quantificação a ampla escala tem o intuito de observar o que a rede mostra, mas que não podemos ver “a olho nu” (NEWMAN, 2003).

Dessa forma, atualmente, a operacionalidade da ARS tem sido otimizada graças à contribuição dos recursos informatizados que permitiram a facilitação do processo de análise através de softwares disponíveis especificamente para este fim. Matheus, Silva (2005) e Fomer, Young (2008) acrescentam que os softwares de ARS facilitam a visualização de grafos, pois configura de modo preciso o mapeamento das relações, isto é, imagens das rede sociais de acordo com os dados postados no programa.

No presente estudo utilizou-se o software UCINET 6 *for Windows* versão 6.232 desenvolvido por Borgatti, Everett, Freeman (2002).

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Operacionalização das variáveis

Assim, com base nos objetivos propostos, apresentam-se as principais variáveis e os respectivos instrumentos que foram utilizados para mensurá-las:

- Apoio social

Questionário de Suporte Social (ANEXO C)

- Rede Social

Matriz e sociograma da rede de apoio (APÊNDICE E)

- Dependentes e x não dependentes de drogas

Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e outras Substâncias (ASSIST – ANEXO D)

OBS.: o grupo de dependentes de drogas foi oriundo de um serviço de saúde mental especializado em álcool e drogas cujos indivíduos já têm tal diagnóstico médico. Ao grupo entrevistado no Centro de Saúde Escola, portanto, é que se utilizou o ASSIST para triagem indivíduos não dependentes de substâncias psicoativas, considerando, portanto os sujeitos cujo escore obtido não indicasse a necessidade de tratamento intensivo para nenhuma das substâncias.

- Perfil socioeconômico

Dados oriundos do questionário sociodemográfico (APÊNDICE D)

- Serviço de saúde mental

Questionário, elaborado pelos autores do projeto, contemplando as seguintes informações a serem coletadas no serviço de saúde mental dos respectivos sujeitos (APÊNDICE B):

Dados gerais sobre o local de tratamento (tipo de tratamento, nº de usuários cadastrados, tempo de funcionamento do serviço, equipe profissional, horário de funcionamento)

6.2 Característica da amostra

O estudo foi realizado com dois grupos: indivíduos dependentes de substâncias psicoativas (álcool e/ou outras drogas) submetidos ao tratamento no CAPS ad do município de Ribeirão

Preto/SP e indivíduos não dependentes selecionados a partir do Centro Saúde Escola Sumarézinho, também no município de Ribeirão Preto/SP.

O cálculo da amostra foi realizado com base no estudo piloto envolvendo 20 indivíduos. Adotou-se como parâmetros $\alpha=0,05$, *effect size*=0,15, $1-\beta=0,80$ tendo sido estabelecido um tamanho amostral igual a 91 (n=91). Estimou-se 10% de recusa e, portanto, foram selecionados 102 sujeitos no presente estudo, sendo 50 dependentes de substâncias e 52 não dependentes.

6.3 Critérios para seleção dos sujeitos

Grupo I

- Ser dependente de substância psicoativa
- Idade mínima de 18 anos
- Estar consciente, lúcido e orientado e com as funções cognitivas preservadas
- Concordar em participar do estudo mediante a apresentação dos objetivos e metodologia da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido

Grupo II

- Não ser dependente de substâncias psicoativas
- Idade mínima de 18 anos
- Estar consciente, lúcido e orientado e com as funções cognitivas preservadas
- Concordar em participar do estudo mediante a apresentação dos objetivos e metodologia da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido

6.4 Princípios Éticos

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo sendo aprovado (Processo no. 0936/2008 – ANEXO A). Na realização da pesquisa proposta por este projeto, foram observados os aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996)³ que compreende, dentre outras exigências, o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos do estudo (ANEXO C), o

³ “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos”

tratamento dos mesmos com dignidade e respeito às suas vulnerabilidades; para tanto é previsto que, segundo Gelain (1998), a pesquisa esteja envolvida com transformações para a sociedade ou de um grupo social, objetivando o bem-estar do ser humano, sua vida e seu ambiente.

Não obstante, foram também observados criteriosamente os deveres e responsabilidades previstos pelo Art.89, Art.90, Art.91, Art.92 e Art.93 do Capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (aprovado pela Resolução COFEN 311/2007)⁴, garantindo o respeito à integridade da pessoa, o respeito aos princípios de fidedignidade e honestidade, divulgação dos resultados e defesa dos princípios éticos e legais da profissão do enfermeiro.

Para a utilização do Questionário de Suporte Social (SSQ) e do Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e outras Substâncias (ASSIST) foi solicitada a autorização prévia aos respectivos autores e/ou pesquisadores que desenvolveram, realizaram a adaptação, e validação dos mesmos.

6.5 Coleta dos dados

Primeiramente foi feito um contato prévio com o coordenador do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e com a coordenadora de pesquisa do Centro Saúde Escola (CSE) Sumarezinho para apresentação dos objetivos e metodologia do estudo e foi obtida autorização formal para a realização da pesquisa com os usuários dos respectivos serviços. A seleção da amostra e o início da coleta dos dados se deram apenas após esta autorização formal, bem como aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.

Com relação ao local para a aplicação dos instrumentos, foi realizado no próprio serviço de saúde sendo que no CAPS ad foram disponibilizadas salas específicas para a entrevista, já no Centro de Saúde Escola (Unidade Básica Distrital de Saúde - UBDS do Distrito oeste) as entrevistas foram realizadas na sala de espera da Clínica Médica e do Pronto Atendimento.

Os questionários e escalas foram preenchidos conforme a orientação dos respectivos autores que desenvolveram, adaptaram e validaram os instrumentos utilizados. Cabe ressaltar que antes de qualquer procedimento, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa.

⁴ CAPÍTULO III: DO ENSINO, DA PESQUISA E DA PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA – Responsabilidade e deveres: Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas (COFEN, 2007)

Na etapa inicial foi desenvolvido um estudo piloto com 20 sujeitos a fim de identificar a compreensão dos termos utilizados nos instrumentos erigidos para este estudo, o tempo para aplicação dos mesmos e a porcentagem de recusa; além disso, averiguar as facilidades e dificuldades a fim de que pudessem ser realizadas as adaptações pertinentes para dar continuidade ao estudo. Além disso, através dos resultados do estudo piloto foi possível determinar, juntamente com um profissional estatístico, o tamanho adequado da amostra da pesquisa.

6.6 Descrição dos instrumentos

No grupo 1 (dependentes de substâncias psicoativas) foram aplicados 4 instrumentos:

1. Mini Exame do Estado Mental para triagem dos sujeitos aptos a participar do estudo, isto é, cujas funções cognitivas básicas estejam preservadas (ANEXO B).
2. Questionário Sócio-Demográfico para levantamento dos principais atributos individuais
3. Questionário de Suporte Social (SSQ) para identificação da rede de apoio do indivíduo
4. Matriz de dados para análise da rede de apoio social.

No grupo 2 (não dependentes de substâncias psicoativas) foram aplicados estes mesmos instrumentos e mais o ASSIST (Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e outras Substâncias) para a triagem dos indivíduos não dependentes de substâncias.

6.6.1 Mini Exame do Estado Mental

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) consiste num importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo para uso clínico e em pesquisas (ALMEIDA, 1998; BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006). É descrito por Chaves (2008); Almeida (1998) e Lourenço, Veras (2006) como um dos instrumentos mais utilizados no mundo.

A versão para população brasileira já está validada e foi traduzida por Bertolucci e colaboradores (CHAVES, 2008; ALMEIDA, 1998).

O Mini-Exame do Estado Mental tem sido amplamente estudado ao longo dos seus 30 anos de existência, passando por um grande número de reavaliações de sua composição e de suas características psicométricas, além de ter gerado várias traduções e adaptações culturais (LOURENÇO, VERAS, 2006 p.5).

Contém questões relacionadas às funções cognitivas que estão agrupadas em sete categorias que são pontuadas conforme segue (CHAVES, 2008; ALMEIDA, 1998; FERRARI; DALACORTE, 2007):

- Orientação temporal 0 a 5 pontos
- Orientação para local 0 a 5 pontos
- Registro de três palavras 0 a 3 pontos
- Atenção e cálculo 0 a 5 pontos
- Lembrança das três palavras 0 a 3 pontos
- Linguagem 0 a 8 pontos
- Capacidade construtiva visual 0 a 1 ponto

Assim, o escore total pode variar de 0 a 30 pontos sendo que 0 indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos e 30 a melhor capacidade cognitiva (CHAVES, 2008; ALMEIDA, 1998).

Segundo Chaves (2008) e Almeida (1998) leva em torno de cinco a dez minutos para completar o MEEM e sua aplicação pode ser feita tanto por profissionais como por pessoas leigas devidamente treinadas.

A orientação, memória e atenção são averiguadas pela primeira seção que exige respostas verbais; a habilidade de nomeação é avaliada a partir da leitura, escrita e respostas aos comandos verbais e escritos (CHAVES, 2008)

A realização do teste segue a ordem listada no instrumento e o escore total é obtido a partir da soma dos pontos das etapas realizadas com sucesso (CHAVES, 2008).

Quanto ao ponto de corte como indicadores de comprometimento cognitivo é 24, no entanto, em casos clínicos, uma vez rastreado o comprometimento há necessidade de investigações posteriores para confirmação do resultado (CHAVES, 2008).

Os autores Chaves (2008), Almeida (1998), Brucki et al (2003), Laks et al. (2006) ressaltam a necessidade do ajuste dos escores de acordo com o nível de escolaridade do indivíduo a fim de evitar perdas e/ou falsos positivo. Os pontos de corte sugeridos a partir dos estudos de validação da versão brasileira foram os seguintes (ALMEIDA, 1998, FERRARI; DALACORTE, 2007):

- Analfabetos 19 pontos
- 1 a 3 anos de escolaridade 23 pontos
- 4 a 7 anos de escolaridade 24 pontos
- Mais de 7 anos de escolaridade 28 pontos

Sendo que, pontuação igual ou maior que o ponto de corte corresponde a função cognitiva normal e quando abaixo do ponto de corte há, provavelmente, déficit cognitivo (FERRARI; DALACORTE, 2007).

A consistência interna e confiabilidade teste-reteste são satisfatórios e o ponto de corte 23/24 é descrito como de excelente sensibilidade e especificidade (ALMEIDA, 1998). Segundo os estudos de Lourenço, Veras (2006), considerando o CID-10 como padrão ouro no ponto de corte 23/24, a sensibilidade foi de 80,8%, a especificidade de 60,3% e uma área sob a curva ROC de 0,816 (Intervalo de Confiança-IC 95%).

6.6.2 Questionário sócio-demográfico

Tem o intuito de coletar informações correspondentes aos principais atributos individuais dos sujeitos. As questões foram adicionadas na formulação do questionário, tendo como base os indicadores sociais mínimos descritos pelo IBGE⁵, contemplando aspectos relacionados à educação e condições de vida, família, cor ou raça, trabalho e rendimento.

6.6.3 Questionário de Suporte Social

O Questionário de Suporte Social consiste num instrumento desenvolvido por Irwin e Bárbara Sarason em meados de 1983 com o intuito de quantificar as dimensões: disponibilidade percebida e satisfação com o apoio social. Estes autores (SARASON ET AL. 1983) concebem o apoio social como a disponibilidade de pessoas com quem podemos contar/confiar, das quais advêm cuidado, valores e amor.

O desenvolvimento do SSQ foi estimulado pelos numerosos estudos que relacionam apoio social a resultados de saúde. A abordagem teórica que subsidia o instrumento é a que o apoio social contribui para o ajustamento positivo, desenvolvimento pessoal e provê um efeito protetor contra os efeitos negativos do estresse (MCDOWELL, 2006).

O Questionário de Suporte Social é composto por 27 questões que fazem menção às diversas situações em que o apoio social pode ser importante para um indivíduo. O respondente deve listar até 9 pessoas por questão e classificar sua satisfação com o apoio nas respectivas situações. A média dos escores através das questões mensura o tamanho da rede - SSQ-N - e a satisfação com o apoio - SSQ-S (VAUX, 1988).

⁵ <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/notasindicadores.shtm>

Quanto ao conteúdo do (SSQ), Sarason et al. (1983), afirmam que cada um dos 27 itens requer uma resposta em duas partes, a saber:

- quem são as pessoas apoiadoras em dada circunstância – indicadas pelas iniciais e relação com o respondente (N);
- o grau de satisfação com este apoio disponível; esta indicação se dá numa escala com seis pontos - desde muito satisfeito até muito insatisfeito (S).

Assim, o “score” de apoio é o número de pessoas apoiadoras listadas e a média destes “scores” através dos 27 itens consiste no “score total de apoio” (SSQ-N). Da mesma forma, o “score total de satisfação” (SSQ-S) é calculado pela média dos 27 “scores” de satisfação mensurados pela escala (MCDOWELL, 2006).

A confiabilidade de um instrumento de pesquisa é um indicador de que o mesmo mensura de uma forma reproduzível e consistente o construto que se propõe a medir. Este indicador baseia-se em dois caracteres principais (GRIEP et al., 2001):

1. Estabilidade: significa que resultados semelhantes são obtidos tanto no teste quanto no reteste;
2. Consistência interna: indica que os itens são homogêneos nas diferentes dimensões.

A aplicação do SSQ por Sarason et al. (1983) numa amostra de 602 estudantes universitários possibilitou a constatação de estabilidade depois de um período de 4 semanas e alta consistência interna entre os itens, evidenciando que o instrumento possui propriedades psicométricas favoráveis, conforme demonstrado na tabela 3:

Tabela 3 – Propriedades psicométricas do SSQ

CONFIABILIDADE DO SSQ			
Coeficiente alfa de Cronbach		Fidedignidade teste-reteste:	
SSQ-N	0,97	SSQ-N	0,90
SSQ-S	0,94	SSQ-S	0,83

Fonte: Sarason et al. (1983)

Vaux (1988) considera o apoio social como metaconstruto que envolve, principalmente: recursos da rede de apoio; comportamento apoiador e avaliação subjetiva do apoio. Com base nesta premissa, destaca o SSQ em detrimento de outros instrumentos que mensuram apoio social, sobretudo por utilizar-se de múltiplos itens que propiciam a elucidação dos membros da rede, o peso dado para a variável “satisfação com o suporte” e a disponibilidade de estudos demonstrando a validade e confiabilidade da medida.

McDowell (2006), num estudo sobre escalas e questionários que mensuram suporte social, acrescentam, com relação ao SSQ, que este consiste num instrumento de pesquisa que pode ser usado com qualquer tipo de respondente.

No Brasil, a adaptação para o português foi feita pelos autores Matsukura, Marturano e Oishi (2002) que realizaram os procedimentos pertinentes para adaptação/validação de instrumentos de pesquisa incluindo a tradução e estudos psicométricos do SSQ com uma amostra de 125 mulheres mães de crianças com idade entre 0 e 12 anos no município de São Carlos/SP. Para a análise foi utilizada a estatística kappa, o Índice de Correlação Bruta e a Correlação de Spearman. Os resultados indicaram fidedignidade teste-reteste favorável e alto nível de consistência interna de modo semelhante e coerente com os dados fornecidos por Sarason et al. (1983).

6.6.4 Matriz e sociograma

Conforme descrito e contextualizado, as duas principais ferramentas que dão sustentação à ARS são: as matrizes e os sociogramas. Portanto, neste estudo utilizou-se uma matriz dicotômica⁶ como instrumento para coleta de dados sobre relações recíprocas (rede não dirigida – qualquer relação de A para B é também uma relação de B para A) relacionadas a troca de informações entre os indivíduos pertencentes a rede de apoio social dos sujeitos entrevistados. Os dados oriundos desta matriz, conforme descrito pelos estudiosos da ARS, permitiram o cálculo das propriedades: centralidade, densidade (grau de conectividade da rede)⁷, *cliques* (número de subgrupos)⁸ e grau nodal (*degree* – medida relacionada à coesão da rede). Posteriormente foram originados, também com base nestes dados, os sociogramas representando cada rede de apoio analisada.

6.6.5 Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e outras Substâncias – ASSIST

O desenvolvimento de estratégias de detecção e intervenções precoces advém da prevalência do uso de drogas como uma problemática mundial e das evidências relacionando melhor prognóstico às intervenções nas fases iniciais do problema do uso abusivo de álcool e outras drogas (WHO, 2002).

Com o sucesso do desenvolvimento e validação do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) que rastreia o uso abusivo de álcool para posterior efetivação da intervenção

⁶ dados binários: relação presente = 1; ausente = 0

⁷ % de vínculo dentre todas as possíveis conexões

⁸ Neste estudo, consideramos como subgrupos no mínimo 3 pessoas que se conhecem

breve surge a necessidade de um instrumento que contemplasse também o rastreamento do uso de outras drogas (POZNYAK; MONTEIRO, 2003). Preconizou-se que sua aplicação pudesse ser adaptável às diferentes culturas, linguagens e contextos; que tal instrumento tivesse, comprovadamente, validade, flexibilidade e confiabilidade e que fosse de fácil compreensão e de baixo custo (HENRIQUE et al., 2004).

No intuito de atender a tais necessidades foi desenvolvido o “*Alcohol and Substance Involvement Screening Test*” (ASSIST) por um grupo de pesquisadores da área de álcool e drogas de diversos países sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (HENRIQUE et al. 2004).

A proposta do desenvolvimento de tal instrumento foi feita pela OMS em 1997 (HUMENIUK et al., 2008) e o projeto foi desenvolvido em duas fases; na fase 1 (1997-1998) foi desenvolvido um questionário preliminar com 12 itens e realizada a análise da confiabilidade teste-reteste envolvendo os seguintes países: Austrália, Brasil, Índia, Irlanda, Israel, Territórios da Palestina, Porto Rico, Reino Unido e Zimbábue. A idéia de envolver diferentes culturas teve o intuito de contemplar os diferentes padrões de uso (POZNYAK; MONTEIRO, 2003).

Realizou-se, então, uma revisão do questionário preliminar e a nova versão consta de 8 itens que foram escolhidos com base no feedback dos participantes do estudo considerando os aspectos: facilidade de aplicação e entendimento. A fase 2 (2000-2002) consistiu no estudo internacional de validação que envolveu os países: Austrália, Brasil, Índia, Tailândia, Reino Unido, EUA e Zimbábue (POZNYAK; MONTEIRO, 2003)

Portanto, o ASSIST já passou pelo processo de tradução, avaliação do desempenho (validade concorrente e consistência interna), teste de confiabilidade (teste-reteste) e factibilidade para uso no Brasil. Possui uma estruturação padronizada, é rápida de ser aplicada, aborda os diversos tipos de substâncias e fácil de interpretar (HENRIQUE et al., 2004).

O instrumento consiste num questionário estruturado com 8 questões referentes ao uso das seguintes substâncias psicoativas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. Seu objetivo é identificar indivíduos usuários de substâncias psicoativas e averiguar a frequência de uso (nos últimos 3 meses e na vida), o uso de drogas injetáveis, sentimento de compulsão e outros problemas relacionados, como prejuízo na execução das tarefas, preocupação de outras pessoas com relação ao uso do indivíduo sob estudo, tentativas de reduzir ou cessar o uso que não obtiveram êxito (HENRIQUE et al., 2004). O tempo demandado

para sua aplicação é de aproximadamente 5 a 10 minutos (WHO, 2002; POZNYAK; MONTEIRO, 2003).

Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e maior ou igual a 16 como sugestiva de dependência (HENRIQUE et al., 2004 p.200).

A análise da consistência interna foi feita através do α de Cronbach (álcool: 0,80; tabaco: 0,80; maconha: 0,79; cocaína: 0,81) com resultado satisfatório. O teste de validade concorrente teve como padrão-ouro o Mini-Plus e alcançou, também, níveis satisfatórios (sensibilidade: 84% a 91%; especificidade: 79% a 98%; valores preditivos positivos: 80% a 93%; valores preditivos negativos: 85% a 96%). Quanto ao coeficiente de correlação, entre os escores do ASSIST e do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) foi utilizado o coeficiente de Spearman e entre os escores da ASSIST e do RTQ-S (*Revised Fargerstron Tolerance Questionnaire*) foi utilizado do coeficiente de Pearson (HENRIQUE et al., 2004)

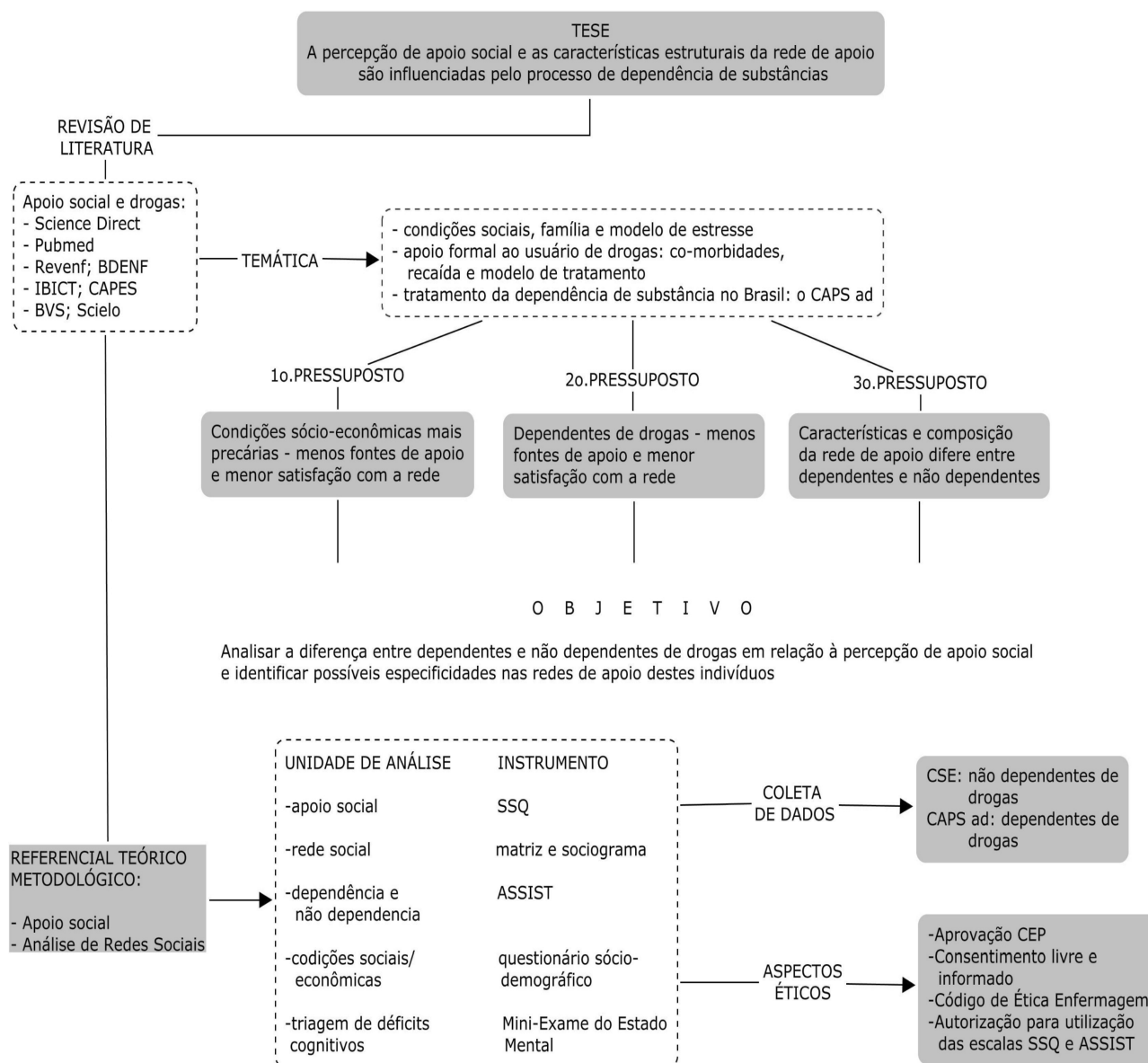
O estudo de Humeniuk, Ali, Babor, Farrel, Formigoni, Jittiwutikan, Lacerda, Ling, Marsden, Monteiro, Nihwatiwa, Pal, Poznyak, Simon (2008) demonstrou, também, validade discriminante entre uso baixo, moderado e de alto risco, isto é, apresentou boa validade discriminante, sobretudo para o uso de álcool, maconha, anfetamina, opióide e cocaína.

Concluiu-se que o ASSIST é, de fato, um instrumento útil para a triagem do uso abusivo de álcool ou outras drogas, e que a versão brasileira apresentou boa especificidade e sensibilidade para álcool, maconha e cocaína (Henrique, De Micheli, Lacerda, Lacerda, Formigoni, 2004), pois possibilita a obtenção de informações precisas sobre o uso de diferentes substâncias e o risco associado a elas; apresentando boa validade de construto, validade concorrente e validade discriminante (HUMENIUK et al., 2008).

Além disso, o tempo necessário para total aplicação é curto (Henrique et al., 2004), fator que otimiza o processo de pesquisa. Humeniuk et al., (2008) apontam as características de destaque do ASSIST:

- É relativamente breve
- Contempla 10 substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetamina, inalantes, sedativos, alucinógenos, opióides e outras drogas);
- Investiga tanto a frequência do uso como os problemas relacionados.

Portanto o ASSIST foi utilizado para a seleção dos sujeitos do grupo 2, isto é, para identificação de indivíduos não dependentes abusivos de substâncias psicoativas. No quadro 3 está sintetizado num mapa conceitual o desenho do estudo.



Quadro 3 – Mapa conceitual do desenho do estudo

7 ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação dos serviços dos quais foram selecionados os sujeitos (CSE e CAPS ad) foi feita descritivamente a partir dos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); além disso, os dados oriundos do questionário sobre o CAPS ad permitiram detalhar um pouco mais o funcionamento deste serviço.

A análise estatística dos dados foi feita com o software *Statistics Package for Social Sciences* SPSS versão 17.0. Inicialmente procedeu-se a análise descritiva, apresentando com gráficos de barras a distribuição em porcentagem das características sexo, cor, moradia, renda per capita, estado conjugal e situação de emprego dos indivíduos dos dois grupos, dependentes e não dependentes.

Em seguida foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão (média, variância e desvio padrão) das variáveis idade, anos de estudo, número de filhos, número de pessoas na casa, renda familiar e número de dependentes da renda e escores SSQ-N e SSQ-S.

Procedeu-se, então à análise bivariada utilizando-se: SSQ-S e SSQ-N e as variáveis situação de emprego, moradia e estado conjugal, renda per capita e anos de estudo. Para cada um dos grupos de comparação, foi realizada a verificação da Normalidade da distribuição de médias amostrais dos escores SSQ-S e SSQ-N, segundo o teste estatístico não paramétrico Kolmogorov-Smirnov.

Para identificar possíveis diferenças ou correlações estatisticamente significantes dos escores médios de apoio social entre os dois grupos, foi utilizado o teste t de *Student* e entre mais do que dois grupos, o teste ANOVA, seguido de comparações múltiplas Bonferroni. No caso da variável quantitativa, anos de estudo, foi utilizado o teste de correlação de Pearson.

Conforme anteriormente mencionado, o nível de significância adotado foi 0,05 ($\alpha = 0,05$).

Na análise estrutural das redes, quanto à composição verificou-se quantos indivíduos, em porcentagem citaram determinados componentes comparando os dois grupos. Foi considerado como significativo as pessoas citadas por ao menos 10% dos sujeitos. Calculou-se as medidas de dispersão da característica “densidade” das redes e feito um teste para verificar a diferença entre as médias dos dois grupos (teste t de *Student*), do mesmo modo para o número de cliques. Utilizou-se sociogramas para demonstrar as características pontuais identificadas na estrutura da rede de ambos os grupos. Finalmente foi feita uma sumarização das principais diferenças estruturais das redes nos dois grupos.

Todo o arcabouço teórico delineado anteriormente foi utilizado para subsidiar a análise dos dados, a saber, a caracterização da amostra é discutida à luz da prévia revisão de literatura; a disponibilidade e satisfação com o apoio social são discutidas com base no conceito de apoio como um dos recursos que auxiliam no enfrentamento das diferentes situações de vida e entendendo que a percepção deste apoio pode ser influenciada por fatores relacionados ao contexto social e condições de vida das pessoas. Quanto à análise estrutural da rede de apoio está pautada nas principais medidas e orientações do método da ARS pertinentes às redes egocêntricas.

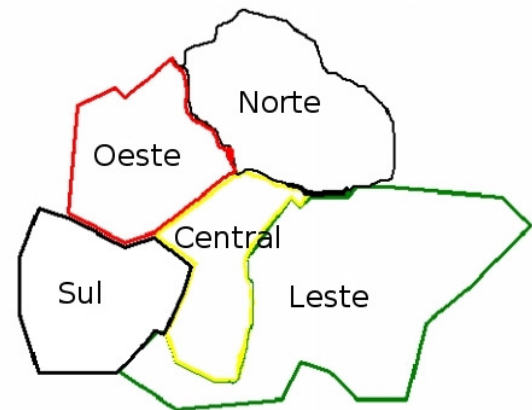
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ribeirão Preto é um município brasileiro localizado no noroeste do estado de São Paulo, possui 651km² de território e uma população estimada em 563.107 habitantes (IBGE, 2009). A região compõe um dos 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo – DRSXIII composta por 26 municípios.



Figura 3 – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo e Localização de Ribeirão
Fonte: adaptada a partir de imagens da internet

Em termos sanitários, a cidade de Ribeirão Preto está dividida em 5 distritos de saúde, sendo que cada um desses distritos conta com uma Unidade Básica Distrital de Saúde, Vigilância em Saúde e os seguintes serviços: **Distrito Central:** 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Posto de Assistência Médica (PAM), 1 Centro de Saúde Escola (CSE). **Distrito Norte:** 4 Unidades de Saúde da Família (USF), 6 UBSs, 1 CSE. Distrito Sul: 3 UBSs. **Distrito Leste:** 5 UBSs, 1 USF. **Distrito Oeste:** 5 Núcleos de Saúde da Família (NSF), 7 UBSs, 3 USFs, 1 CSE, 1 Centro Médico Social Comunitário (CMSC).



Distritos de Saúde no Município de Ribeirão Preto

Figura 4 – Município de Ribeirão Preto e distribuição distrital de saúde

Fonte: adaptada a partir de imagens da internet

Além destes serviços o município conta com as seguintes unidades especializadas: 1 Núcleo de Gestão Assistencial, 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, 1 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente, 2 Centros de Referência em DST/AIDS, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 2 Ambulatórios de Saúde Mental, um Núcleo de Saúde Mental e 3 Centros de Atenção Psicossocial – (II, III, álcool e drogas). O setor hospitalar conta com 14 unidades sendo 9 conveniados ao SUS e 5 não conveniados; na área de psiquiatria há 310 leitos psiquiátricos (Hospital Santa Tereza e Hospital das Clínicas) e 16 vagas em hospital-dia (DATASUS, 2009).

8.1 O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

O Centro de Atenção Psicossocial álcool e droga do município de Ribeirão Preto está localizado na Rua Pará, 1310 no bairro Ipiranga e ocupa a antiga área física do Sanatório Espírita Vicente de Paulo. Está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o número 2087030 como uma organização de administração indireta (fundação pública) sob responsabilidade da gestão municipal. Este serviço está habilitado como CAPS ad de acordo com a Portaria GM318/2002 e realiza atendimento psicossocial de média e alta complexidade acolhendo tanto a demanda espontânea como referenciada. Sua área de abrangência corresponde aos cinco distritos de saúde, uma vez que é o único CAPS especializado em álcool e drogas do município, sendo que a reivindicação de mais um deste serviço foi uma das reivindicações da Conferência

Municipal de Saúde Mental de Ribeirão Preto em abril de 2010. O horário de funcionamento deste serviço é:

- 2ª. a 5ª. feira das 8hs às 21hs
- 6ª. feira das 8hs às 17hs

O serviço trabalha com duas modalidades de atendimento: “Programa” e “Não Programa”. Portanto, os pacientes com dificuldade em manter abstinência ou que faz uso compulsivo de drogas, mas não tem indicação de internação e aqueles em situação de isolamento social são inseridos na modalidade “Programa” e comparecem ao CAPS todos os dias das 8hs às 17hs (intensivos).

Àqueles usuários com indicação para participar de oficinas específicas (de acordo com sua aptidão), que já estão abstinentes ou que estão com algum tipo de atividade laboral também são inseridos na modalidade “Programa”, mas comparecem ao CAPS por meio turno ou por períodos mais espaçados (semi-intensivos).

Já o na modalidade “Não Programa” são inseridos os indivíduos que já foram intensivos e agora se mantêm apenas em consulta ou psicoterapia ou ainda sujeitos com muita dificuldade de comparecer ao serviço mas que necessitam de consulta médica (não intensivos).

O serviço oferece tratamento medicamentoso, atendimento individual (de psicologia, educação física, terapia ocupacional, médico), atendimento em grupo (grupo de adultos, de familiares, de adolescentes, de mulheres), oficinas terapêuticas (expressão artística, DST/AIDS, culinária, literatura, esportes, mosaico, papel reciclado), visita domiciliar (realizada pelas assistentes sociais e auxiliares de enfermagem, e outros profissionais quando necessário), atividades de lazer como passeios em clubes, museus e exposições nas quais os pacientes são acompanhados pela enfermeira e terapeuta ocupacional.

A equipe, durante o período do estudo, era composta por um contingente de profissionais da área da saúde, educação física, serviço social, psicologia, administrativos e equipe de apoio, totalizando 31 profissionais distribuídos conforme o quadro 5:

ÁREA	PROFISSIONAIS
Saúde	2 auxiliares de enfermagem
	1 clínico geral
	3 psiquiatras
	2 enfermeiras
	3 terapeutas ocupacionais
	1 nutricionista
Educação Física	1 educador físico
Serviço Social	2 assistentes sociais
Psicologia	4 psicólogos
Administrativo	1 escriturária
	2 auxiliares de escritório
	1 coordenador administrativo
	1 assistente da diretoria
Equipe De Apoio	2 cozinheiras
	2 auxiliares de cozinha
	2 responsáveis pela manutenção

Quadro 4 – Equipe do CAPS ad

Fonte: questionário de informações sobre o serviço

Atualmente, incluindo todas as modalidades, são atendidos cerca de 350 pessoas no CAPS ad. Porém, durante o período de coleta de dados (abril a dezembro de 2009) após entrevistar 53 pacientes (contando mais 5 recusas em média), não havia mais sujeitos para a pesquisa. Isto indica que, possivelmente, a maioria dos pacientes cadastrados como em atendimento freqüentem o serviço muito esporadicamente.

Isto consiste num aspecto crítico, pois em se tratando de um serviço de média e alta complexidade, com tamanha capacidade instalada, sobretudo em termos de Recursos Humanos, deveria trabalhar muito mais com pacientes de demanda intensiva do que ambulatorial.

8.2 O Centro de Saúde Escola Sumarezinho

O Centro de Saúde Escola Sumarezinho (CSE) é a Unidade Básica Distrital de Saúde do distrito oeste e está vinculado à Universidade de São Paulo. Suas instalações situam-se na Rua Cuiabá, 601 no bairro Sumarezinho em Ribeirão Preto/SP. O estabelecimento está cadastrado no CNES sob o número 2086948 como uma organização de administração indireta (autarquia) sob gestão municipal. Realiza atendimentos no nível da Atenção Primária para sua área de abrangência buscando auxiliar a cobertura assistencial das demais unidades básicas e unidades ou núcleos de saúde da família do distrito oeste. Além disso oferece também atendimento em algumas especialidades - média complexidade e urgências, acolhendo a demanda espontânea e referenciada.

Quanto às especialidades são:

- Diagnóstico e tratamento da tuberculose
- Acompanhamento pré-natal de baixo risco, parto e nascimento
- Assistência domiciliar, atenção em saúde bucal, serviço de diagnóstico por imagem – radiologia, ultrassonografia
- Serviço diagnóstico clínico-ambulatorial – exames hematológicos e de hemostasia, uroanálise, bioquímica, exame eletrocardiográfico
- Serviço de oftalmologia, tratamento de doenças das vias aéreas inferiores, serviço de urgências

A instalação física para a assistência é dividida em: unidade de urgência e emergência com 15 consultórios e 5 leitos; unidade ambulatorial com 24 consultórios e serviços de apoio como central de esterilização de materiais, farmácia, serviço de prontuário do paciente, serviço de manutenção de equipamento e serviço social próprios. Conta com cerca de 272 profissionais, com vínculo empregatício ou autônomos, e constitui-se num campo de atividades de assistência, ensino e pesquisa.

8.3 Caracterização da amostra

Os dois grupos selecionados (grupo I: dependentes, grupo II: não dependentes de substâncias psicoativas) foram praticamente homogêneos no tocante ao sexo, cor, situação de moradia e renda per capita, conforme pode ser observado nos gráficos 2, 3, 4 e 5. Com relação ao sexo, a maioria selecionada foi do sexo masculino pois no grupo de sujeitos do CAPS ad prevaleceu

o sexo masculino. Logo, para composição do grupo dos não dependentes, foram selecionados, propositalmente, mais homens do que mulheres, gráfico 2.

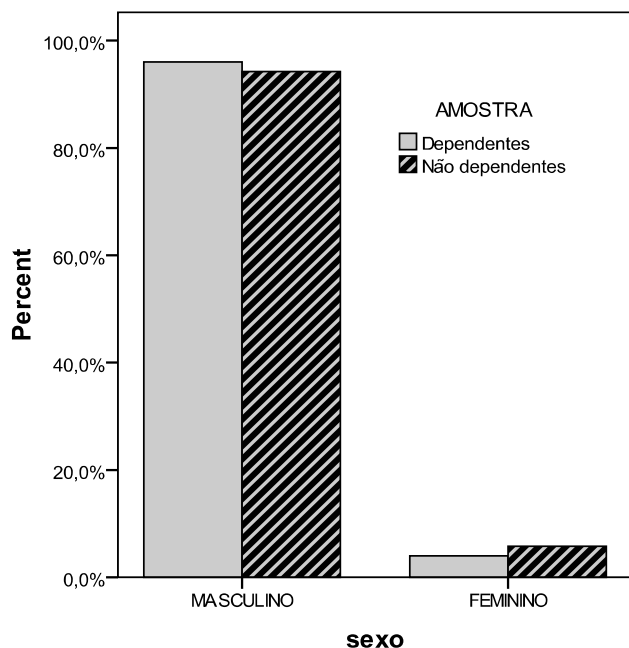


Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos segundo o sexo

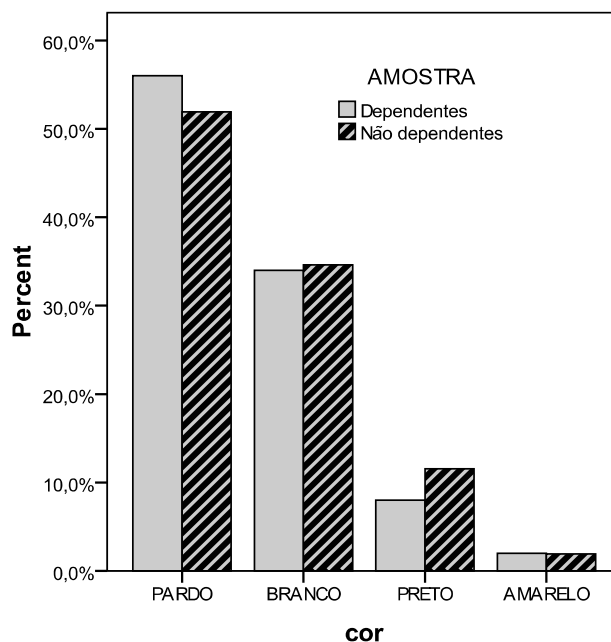


Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos segundo a cor

Já em relação à cor, moradia e renda per capita, a semelhança entre os grupos provavelmente é devido ao perfil dos locais de seleção dos sujeitos: serviços de caráter público situados em bairros periféricos do município de Ribeirão Preto (gráfico 3, 4 e 5).

Apesar da semelhança observada na distribuição dos sujeitos do estudo, no tocante à cor vale destacar que Batista (2005), num estudo sobre masculinidade, cor e saúde, encontrou que quando se compara a taxa da mortalidade de homens negros e brancos, os negros morrem mais que os brancos, destacando entre as causas de morte dos homens negros, os óbitos por transtornos mentais (uso de álcool e outras drogas); doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e HIV/Aids) e causas externas (homicídio). Dessa forma, a questão étnico-racial e de gênero deve ser considerada para a compreensão das situações de vulnerabilidade social e dependência de substâncias psicoativas (BROOK; PAHL, 2005; BOURGOIS et al., 2006) e, portanto observado no planejamento da assistência de enfermagem e na organização dos cuidados em saúde de uma forma geral, tendo em vista que numa perspectiva ética, a equidade como princípio exige o reconhecimento da existência de necessidades diferentes, isto é, mais do que a igualdade de acesso à atenção em saúde é necessário apreender que as necessidades podem diferir entre as pessoas ou grupos (BRYANT; KHAN; HYDER, 1997).

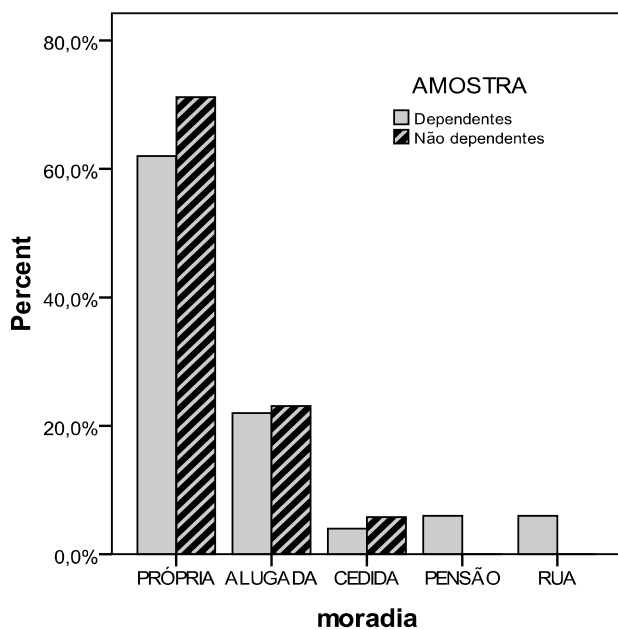


Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de moradia

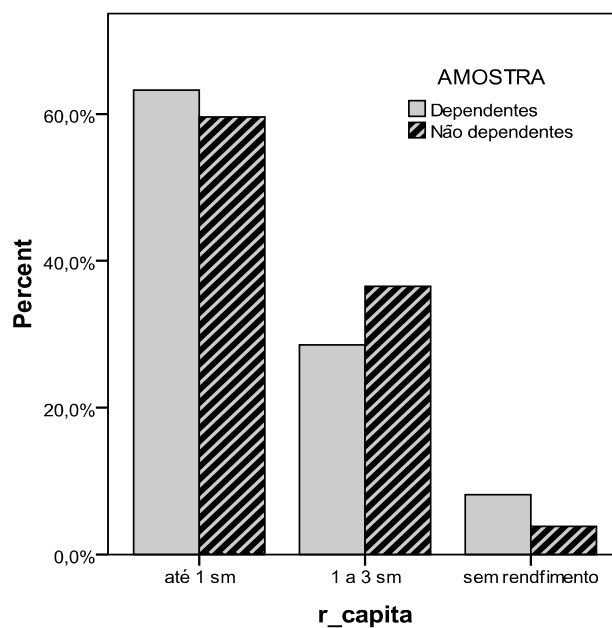


Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos segundo a renda per capita

No gráfico 4 observa-se que apenas dependentes de substâncias relataram os tipos de moradia pensão e rua, enquanto 10% a mais de não dependentes relataram possuir moradia própria. Já no tocante à renda per capita, também os dependentes de substâncias foram os que apresentaram menores rendimentos, conforme observado no gráfico 5.

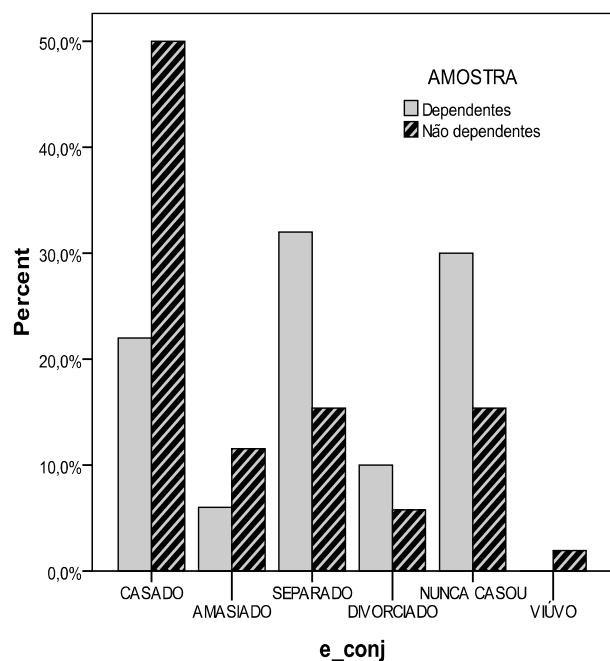


Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado conjugal

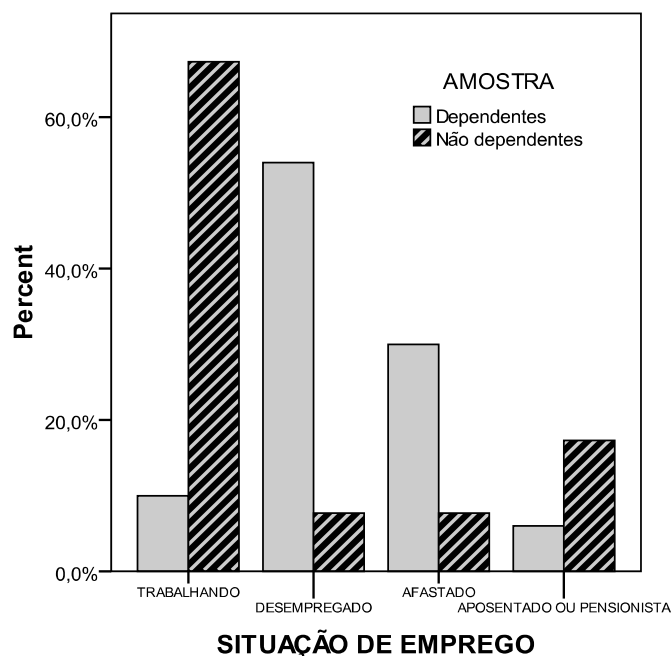


Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos segundo a situação de emprego/trabalho

Estas evidências sugerem que de fato os dependentes de substâncias estão em situação de maior vulnerabilidade social, corroborando com as afirmações de Gálea, Vlahov (2002), a saúde do usuário de drogas é descrito como o produto do uso e dos determinantes sociais que podem moldar diretamente os comportamentos de risco à saúde destacando o status socioeconômico (considerado a origem das desigualdades em saúde), a situação de moradia (morar na rua ou condições precárias de habitação), as atividades sexuais de alto risco, o estigma e o encarceramento.

Portanto, depreende-se como imprescindível que os serviços que lidam com essa população pontuem em seu projeto terapêutico parcerias efetivas com outros setores/dispositivos de saúde e proteção social a fim de que atuem numa perspectiva ampliada de saúde, com intervenções que promovam também qualidade de vida e ampliação de possibilidades de escolhas relacionadas ao morar, trabalhar, divertir-se, relacionar-se, viver.

Com relação ao estado conjugal, conforme o gráfico 6, dentre os dependentes de substâncias, 72% são solteiros ou separados enquanto 61,5% dos não dependentes são casados ou amasiados. Esta grande proporção de dependentes de substâncias solteiros ou separados também foi encontrada no estudo de Oliva (2007). Acredita-se que isto reflète possíveis dificuldades relacionais como característica dos usuários de substâncias psicoativas, ou ainda, possíveis desgastes dos laços conjugais como consequência do uso de drogas. Esse tipo de desgaste é descrito por Fontanella et al. (2008) e por Civita, Dobkin, Robertson (2000) e consiste também num importante aspecto a ser considerado em termos de projeto terapêutico para os dispositivos de atenção ao dependente de substâncias. Acredita-se que a inserção de familiares ou outros significantes no tratamento proporciona um apoio a estas pessoas que lidam cotidianamente com o usuário e, devido aos diferentes desafios do dia-dia (sentimento de impotência, tristeza, preocupação, raiva, possíveis problemas financeiros, sociais e legais oriundos do processo de dependência) também configuram demandas de apoio social formal e informal.

Outra diferença observada entre os grupos refere-se à situação de emprego/trabalho (gráfico 7): 54% dos dependentes de substâncias estão desempregados e 30% afastados do trabalho, totalizando um montante de 84% dos indivíduos inativos produtivamente. Já dentre os não dependentes, apenas 15,4% estão inativos enquanto 67,3% estão trabalhando e 17,3% aposentados. Esta evidência pode sinalizar duas situações, uma que o uso de drogas pode acarretar em perda do emprego devido ao absentéismo, atrasos e atuação indevida no local de trabalho ou ainda pode gerar dificuldades em concorrer a uma vaga devido às habilidades do indivíduo para o trabalho estar prejudicada pelo processo de dependência às drogas e às consequências à saúde mental. Estar

empregado, segundo Laudet et al., (2002), está associado à diminuição do uso de substâncias, pois esta situação pode proporcionar melhora na auto-estima, na qualidade de vida, ocupação do tempo, oportunidades de vinculações sociais e socialização com não usuários; no entanto, pode também ser fonte de estresse contribuindo para problemas na saúde mental e recaída no uso de substâncias psicoativas.

Nesse sentido, os profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador precisam se atentar para as questões emocionais e psicossociais dos trabalhadores e estarem capacitados e orientados para lidarem (na forma de intervenções diretas ou encaminhamento co-responsável) para serviços especializados tendo em vista as perspectivas preventivas e de reabilitação.

Convém ressaltar, no entanto, que conforme descrito por Laudet et al., (2002) e observado no cotidiano da prática muitos usuários sob tratamento pela dependência de substâncias psicoativas não tem interesse de retornar ao mercado de trabalho e, muitas vezes apresentam fortes expectativas de manterem-se com os benefícios previdenciários e alguns chegam a ter recaídas no período da perícia. Isso constitui num ponto crítico que deve ser constantemente debatido entre os profissionais a fim de que não sejam tomadas posturas polarizadas ou no sentido de hostilizar o paciente ou em termos de manutenção acrítica de tais situações, pois muitos aspectos estão envolvidos neste fato, a saber, a própria dificuldade financeira, as atuais exigências do mercado de trabalho, aspectos emocionais, baixa auto-estima, insegurança e até mesmo os possíveis transtornos de personalidade que podem estar presentes.

A média de idade, anos de estudo, número de filhos, número de pessoas na casa, número de pessoas que contribuem e que dependem da renda, são demonstrados na tabela 4 e também foram semelhantes nos dois grupos.

Tabela 4 – Medidas estatísticas descritivas das variáveis estudadas

GRUPOS	MEDIDAS	IDADE	ANOS DE ESTUDO	FILHOS	No.PESSOAS NA CASA	No.PESSOAS CONTRIBUEM COM A RENDA	No. DEPENDENTES DA RENDA	RENDA FAMILIAR
Grupo I: dependentes n=50	Média	41,5	6	1	3	2	3	1332,98
	Mínimo	19	0	0	0	0	1	0
	Máximo	63	15	7	7	6	8	5000
	Desv.padrão	11,7	3,7	1,5	2	1	2	1167,92
Grupo II: não dependentes n=52	Média	41,5	7,3	2	4	2	4	1923,35
	Mínimo	21	0	0	1	0	1	0
	Máximo	71	15	5	10	7	10	5000
	Desv.padrão	13,7	3,8	1,5	2,2	1,3	2,2	1218,48

A presente análise descritiva permite delinear o perfil dos partícipes do estudo que, apesar de algumas peculiaridades, em ambos os grupos são indivíduos adultos, predominantemente do sexo masculino, com baixo rendimento econômico, tendo em média 3 a 4 dependentes e que contam com no máximo mais uma pessoa para contribuir com a renda familiar.

8.4 Apoio social: disponibilidade e satisfação

Alinhados com a perspectiva adotada no referencial teórico deste estudo, Seco et al., (2005) retomam o conceito de apoio social como um processo relacional de transmissão e interpretação da mensagem de que os outros se preocupam conosco e nos valorizam; promovendo o bem-estar e melhorias dos recursos de enfrentamento do estresse.

Nesta perspectiva pontua-se no presente estudo que os escores relacionados à percepção da disponibilidade de apoio social foram semelhantes nos dois grupos (dependentes e não dependentes de substâncias), no entanto, quanto ao escore de satisfação o grupo de não dependentes apresentou diferença estatisticamente significativa conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 – Valores médios, respectivos desvios padrão e valor da significância estatística p para teste de diferença entre médias dos escores SSQ-S e SSQ-N

Escore	Grupo	n	Média	Desv. padrão	Teste T Student
SSQ-S	Dependentes	50	5,0422	0,96	p=0,000
	Não dependentes	52	5,8682	0,39	
SSQ-N	Dependentes	50	0,3064	0,17	p=0,341
	Não dependentes	52	0,2785	0,13	

Teste t Student

Este resultado sugere que a dependência de substância pode ser um fator que interfere na percepção da satisfação com o apoio disponível, ou seja, independente do número de pessoas que compõem estas redes, o fator satisfação pode estar relacionado, provavelmente, à qualidade das vinculações e atendimento das expectativas quanto ao apoio disponibilizado.

A percepção da existência de pessoas que se interessam e tentam ajudar quando necessário pode ser a chave da eficácia do apoio social na promoção da saúde física e psicológica, pois tal percepção influencia o modo como as pessoas lidam com os diversos acontecimentos na vida; isto é, o indivíduo que sente que alguém o ama, o protege e se preocupa com ele, se sente estimado, valorizado e pertencente a uma rede social baseada na reciprocidade. Esse indivíduo percebe as

interações que estabelece com os outros como uma forma de apoio social, considerando-se importante e especial (SECO et al., 2005).

Assim, o fato de não dependentes de substâncias estarem mais satisfeitos com o apoio social disponível sugere que a rede dos dependentes de substâncias pode não estar sendo eficiente em fornecer o apoio demandado pelo indivíduo ou em transmitir a mensagem de que pode disponibilizar o apoio necessário. Outra questão é que a relação do indivíduo com a fonte de apoio pode ser ambígua, como por exemplo: o sujeito apoiador pode proporcionar auxílio material, mas também estresse emocional, ou ainda, apoio emocional, mas cobranças comportamentais e isso diz respeito ao modo de proporcionar o apoio. Considerando que a maioria dos dependentes de drogas citou os profissionais do CAPS ad como potenciais fontes de apoio, há necessidade de rever o papel exercido pelos profissionais que transitam nesse serviço (e demais membros da rede de apoio); fazer um balanço entre a demanda do sujeito, o que está sendo oferecido e/ou disponibilizado como auxílio e como este apoio é operado. Além disso, analisar a motivação destes indivíduos em fazer tratamento bem como as estratégias que o serviço está proporcionando para motivar esses sujeitos pode ser esclarecedor no entendimento da satisfação percebida e no delineamento de propostas que possam modificar esta realidade.

Hogan, Linden, Najarian (2002) descrevem os principais tipos de intervenção com foco no apoio social a saber: prover apoio, melhorar as habilidades sociais para aumentar o apoio informal, estratégias para melhoria da percepção de apoio ou mudanças nas redes sociais. Segundo estes autores as intervenções podem ter caráter individual ou grupal e se dão nos moldes de grupos de auto-ajuda, grupos com familiares e/ou outros significantes, consultas, terapia, auxílio material (por exemplo assistência social), atividades coletivas, promoção de eventos e áreas de socialização. Destas asserções e com base no presente estudo estas atividades, grupos e atendimentos são oferecidos pelos CAPS, no entanto não com o enfoque centrado no apoio social, portanto é necessário que no planejamento do cuidado e no projeto terapêutico sejam contemplados estes objetivos de modo mais claro e que sejam estabelecidas metas focadas na ampliação ou melhoria do apoio social aos usuários sob tratamento. Além disso, é mister que tais intervenções sejam constantemente avaliadas em termos de resultados.

Tais aspectos trazem à reflexão a necessidade de estudos de avaliação centrados nos CAPS ad a fim de se constituir um corpo de evidências que auxiliem no direcionamento das práticas, em melhorias e na identificação de dispositivos complementares que possam dar suporte ao processo de reabilitação psicossocial do dependente de substâncias psicoativas. Pois conforme bem firmado

pelas atuais políticas de saúde mental, sem uma atuação em rede é inconcebível a proposta de integralidade da atenção.

Com base nos resultados apresentados, seria necessário investigar também, se as habilidades de “solicitação de apoio” destes usuários estão sendo exercidas por eles. Isto é, a pouca satisfação pode ser oriunda da falta de comunicação das reais demandas por parte destes indivíduos, isto diz respeito ao estilo de *coping* destes sujeitos conforme apontado no estudo de Hussong (2003). Assim, reforça-se o importante papel da comunicação no âmbito do cuidado em saúde mental. Comunicação no sentido amplo e recíproco do termo, isto é, que os profissionais atuem de modo que o fluxo de informações verbais e não-verbais se dê de forma clara e com o mínimo de ruídos possível. Isto tanto no sentido da disponibilização do apoio e leitura da demanda por parte dos profissionais envolvidos no cuidado quanto na manifestação das necessidades e solicitação de apoio por parte dos usuários.

Quanto aos escores de apoio, as diferenças observadas, anteriormente na descrição da amostra, provavelmente podem exercer algum papel, uma vez que estar empregado e possuir um(a) companheiro(a) amplia as possibilidades de estabelecer novos contatos sociais.

Assim, com o intuito de detalhar as possíveis influências das variáveis sócio-demográficas na percepção de apoio social dos partícipes do estudo, foram realizadas análises bivariadas cujos resultados sugerem que, de fato, a situação de emprego, estado conjugal e tipo de moradia influenciam a percepção de satisfação com o apoio social (tabela 6).

Tabela 6 – Resultados da análise de variância (ANOVA) para as variáveis SSQ-S, SSQ-N em relação à situação de emprego, estado conjugal e tipo de moradia dos sujeitos do estudo (n=102)

		Situação de Emprego					Estado Conjugal					Tipo de Moradia				
		SQ	gl	MQ	F	p	SQ	gl	MQ	F	p	SQ	gl	MQ	F	p
SSQ-S	Entre os grupos	11,02	3	3,67	6,09	0,001	10,23	5	2,05	3,28	0,009	3,32	2	1,66	2,46	0,091
	Dentro dos grupos	59,11	98	0,60			59,90	96	0,62			66,81	99	0,67		
	Total	70,13	101				70,13	101				70,13	101			
SSQ-N	Entre os grupos	0,17	3	0,06	2,70	0,050	0,24	5	0,05	2,39	0,043	0,04	2	0,02	1,00	0,370
	Dentro dos grupos	2,03	98	0,02			1,95	96	0,02			2,15	99	0,02		
	Total	2,19	101				2,19	101				2,19	101			

SQ=soma dos quadrados; gl=graus de liberdade; MQ=grande média; F=distribuição F; p=valor de p (significância). ANOVA.

Quanto à percepção do número de pessoas disponíveis para proporcionar apoio os resultados sugerem a influencia apenas da situação de emprego e estado conjugal. Isto é, possuir um emprego, ter um(a) companheiro(a) e morar em casa própria tem influência na percepção do número de apoiadores na rede social tanto dos indivíduos dependentes quanto não dependentes de substâncias.

Tabela 7 – Análise das variáveis SSQ-S, SSQ-N em relação renda per-capita dos sujeitos do estudo (n=102)

		Renda per-capita				
		SQ	gl	MQ	F	p
SSQ-S	Entre os grupos	0,94	2	0,47	0,67	0,513
	Dentro dos grupos	68,71	98	0,70		
	Total	69,65	100			
SSQ-N	Entre os grupos	0,03	2	0,01	0,68	0,509
	Dentro dos grupos	2,16	98	0,02		
	Total	2,19	100			

ANOVA.

Conforme pode ser observado na tabela 7 e 8, os resultados sugerem que a renda per capita e os anos de estudo não influenciaram no escores de satisfação e número de apoio social nos grupos estudados (tabela 7 e 8). Este resultado, provavelmente é decorrente do fato da amostra ser praticamente homogênea quanto a tais características (ver gráfico 3 e tabela 4)

Tabela 8 – Teste de correlação entre SSQ-S e anos de estudo e SSQ-N e anos de estudo (n=102)

		Correlação de Pearson	Significância (p)
SSQ-S	Anos de estudo	0,077	0,442
SSQ-N	Anos de estudo	-0,072	0,471

CORRELAÇÃO DE PERSON.

8.5 Caracterização e aspectos estruturais das redes de apoio social

A análise de redes egocêntricas proporciona uma visão da rede que circunda o indivíduo (sujeito do estudo), isto pode ser muito útil para entender as oportunidades e dificuldades que este sujeito tem como consequência do modo que está envolvido em sua rede, isto é, tais informações são úteis para a compreensão de como a rede afeta o indivíduo e dá um quadro (parcial) do contexto geral da rede como um todo (HANNEMAN; RIDDLE, 2005).

No presente estudo as redes de apoio, de natureza egocêntrica, em ambos os grupos de sujeitos apresentaram características diferentes em alguns aspectos. Quanto à composição da rede de apoio, conforme pode ser observado na tabela 8, a família e os amigos foram citados predominantemente pelos sujeitos de ambos os grupos. Aproximadamente duas vezes mais, os indivíduos não dependentes de substâncias (grupo do CSE) citaram pessoas do ambiente de trabalho na composição de suas redes. Isto provavelmente como um reflexo das evidências do gráfico 5, pois os dependentes de substâncias entrevistados, em sua maioria estão desempregados ou afastados do trabalho. Em contrapartida, o grupo de usuários do CAPS ad, embora com número de pessoas da rede sem diferença estatisticamente significativa em relação ao do CSE, apresentaram redes mais diversificadas na sua composição, incluindo mais os vizinhos, ex-cônjuge ou ex-namorada(o), igreja, o próprio CAPS e pessoas do bar que freqüentam.

Tabela 9 – Composição da rede de apoio dos dois grupos
COMPOSIÇÃO DA REDE DE APOIO

VINCULAÇÃO	CSE		CAPS ad	
	% sujeitos	freqüência	% sujeitos	freqüência
FAMÍLIA	100	52	94	47
AMIGOS	50	26	50	25
TRABALHO	15	8	8	4
NAMORADA	10	5	12	6
IGREJA	4	2	12	6
PROF.SAÚDE	2	1	2	1
VIZINHOS	2	1	10	5
EX	2	1	14	7
AMANTE	2	1	2	1
CAPS	0	0	66	33
BAR	0	0	10	5
PROFESSOR	0	0	4	2
STA.TERESA	0	0	2	1
FDA.RECUPER	0	0	2	1

Ter mais vizinhos compondo a rede de apoio pode não parecer relevante, no entanto, mesmo os vínculos que parecem ser superficiais podem exercer um importante papel em conectar o indivíduo à outras redes ou no fornecimento de informações por exemplo. De acordo com Barabási (2009) já em 1973 Mark S. Granovetter publicou o artigo “*The Strength of Weak Ties*” propondo que em algumas circunstâncias como: arranjar emprego, saber das novidades, espalhar a última fofoca ou abrir um negócio; os vínculos sociais fracos são mais importantes que as sólidas amizades

que cultivamos. Isto significa que os laços fracos desempenham um importante papel em nossa capacidade de comunicação com o mundo exterior, pois os nossos contatos íntimos geralmente transitam pelas mesmas rodas que nós e estão expostos às mesmas informações, logo, a ativação dos nossos vínculos fracos é essencial para obtermos novas informações. Os vínculos com os “conhecidos” (que não são amigos íntimos ou familiares próximos) são a nossa ponte com o mundo exterior (BARABÁSI, 2009). Eles freqüentam lugares diferentes e obtêm informações de fontes diferentes favorecendo contatos e arranjos fora do estabelecido.

A presença de ex-cônjuge ou ex-namorada na rede de apoio no grupo de indivíduos do CAPS ad, também reflete a questão observada no gráfico 4, que a maioria destes indivíduos não tem laços conjugais ativos. Os problemas conjugais são descritos por Savoia (1999) como um dos estressores relacionados a assuntos pessoais. Silber, Souza (1998) e Rangé, Marlatt (2008) descrevem os conflitos conjugais ou o estresse causado por uma separação ou divórcio como fatores predisponentes para o uso de drogas; por outro lado, Crives, Dimenstein (2003), num estudo qualitativo, afirmam que os 14 entrevistados (usuários de substâncias psicoativas) relataram conflitos originários da relação conjugal, com os filhos e os pais, problemas de violência doméstica, dentre outros, em decorrência, principalmente, do uso abusivo de drogas, mas também em função dos problemas financeiros. Assim, independente da rotulação “causa” ou “consequência”, depreende-se que os conflitos relacionais ocorrem na maioria das redes sociais e o processo de dependência de substâncias pode ser um fator que potencializa ainda mais os possíveis resultados indesejáveis de tais conflitos.

Sob outra perspectiva, no presente estudo, conforme destacado, os ex-cônjuges, namorada ou companheira foram citados como importante fonte de apoio revelando que em alguns casos o afeto, a preocupação permaneceram sugerindo que, talvez, os conflitos entre o casal não foram tão devastadores para a relação.

A partir desta perspectiva, destaca-se a importância de intervenções que incluam a família e/ou pessoas significantes no tratamento a fim de que estes indivíduos e o paciente possam receber apoio no sentido de melhores resoluções dos conflitos de modo construtivo e menos desgastante. Convém pontuar, a partir de um olhar empírico que, muitas vezes o rompimento com a companheira/esposa ou namorada configura-se numa situação de perda que age como fato motivador para o usuário recorrer ao tratamento.

O fato dos dependentes de substâncias citarem o CAPS, enquanto os demais não o fizeram, nos parece óbvia, tendo em vista que este serviço é o que proporciona o tratamento para tal

problemática. No entanto, esperava-se que este serviço fosse citado como componente da rede de apoio de todos os sujeitos do grupo do CAPS ad, fato que não ocorreu. Isto demonstra, que embora sob tratamento, nem todos os sujeitos percebem os profissionais do serviço como uma fonte de apoio de fato. Tal questão deve ser investigada com maior profundidade a fim de identificar o por quê desta percepção ou qual demanda destes sujeitos não está sendo suprida pelo serviço.

A questão do bar ser um componente da rede de apoio do grupo do CAPS ad, denota que a abstinência provavelmente não tem sido uma meta para todos estes indivíduos. Além disso, chama à reflexão o significado que o bar tem na manutenção dos laços sociais destas pessoas. Geralmente o bar, em nossa sociedade é visto como um espaço de socialização, no qual não apenas se ingere bebidas alcoólicas, mas também onde pessoas se encontram, conversam, riem e trocam informações. No entanto, quando se trata de um indivíduo dependente de álcool, por exemplo, este espaço tem um papel central para ele por ser o local onde o mesmo satisfaz sua dependência; logo, todas as demais atividades passam a ser secundárias à sua ida ao bar. Batista (2005) afirma que nossa sociedade atribui e cobra do homem o papel de trabalhador/provedor, assim, a situação de desemprego e falta de possibilidades propicia, no imaginário masculino, uma idéia de impotência e, neste contexto, o bar, os amigos do bar, o álcool e as drogas podem ser interpretados, por alguns, como possibilidades de reavivar sua masculinidade, auto-estima e manter sua rede social.

Neste sentido, faz-se necessário pontuar que as intervenções direcionadas à reabilitação psicossocial de dependentes de substâncias psicoativas devem contemplar novas possibilidades de lazer, socialização, estratégias de inserção no trabalho e ampliação dos locais de trocas sociais.

A medida de rede denominada densidade diz respeito à proporção de todos os vínculos possíveis que estão atualmente presentes. Esta medida pode informar, por exemplo, a rapidez com que as informações se difundem entre os nós (HANNEMAN, RIDDLE, 2005).

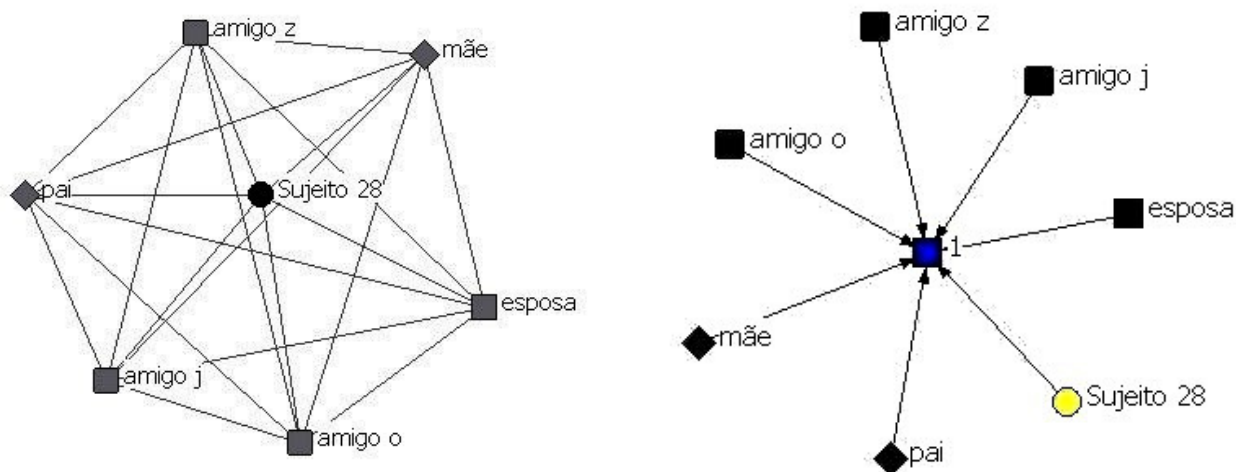
Os indivíduos não dependentes de substâncias apresentaram redes de apoio mais densas do que os dependentes (tabela 7; diferença de médias entre os grupos $p=0,000$).

Tabela 10 – Média e variância densidade da rede de dependentes e não dependentes de substâncias e valor da significância estatística p no teste de diferença entre as médias

AMOSTRA	Densidade ($p=0,000$)		
	Média	Variância	Desvio padrão
Dependentes de substâncias	0,75	0,04	0,21
Não dependentes de substâncias	0,92	0,02	0,13

Teste t *Student*

Redes mais densas correspondem àquelas cujos indivíduos se conhecem entre si (densidade=1 todos se conhecem), por exemplo, o Sujeito 28 (figura 5), não dependente de substâncias, tem 32 anos, é amasiado, tem o 1º.grau completo, atualmente trabalhando e mora com a esposa e 2 filhos. Quanto à sua rede de apoio conta com 6 pessoas, a densidade da rede é 1, isto é, todos se conhecem, logo todos têm o mesmo grau nodal (*degree*=6) e nenhum dos vínculos tem posição privilegiada na rede (centralidade *betweenness* de todos os nós é zero).



Rede de apoio Sujeito 28 (CSE)

Cliques da rede de apoio Sujeito 28 (CSE)

Figura 5 – Sociograma do Sujeito 28, exemplo de rede totalmente densa, apenas um subgrupo (clique 1)

O fato das redes serem muito densas pode ser positivo se considerarmos o aspecto fluxo de informações, ou seja, todos têm acesso igualmente a quaisquer informações que circulem na rede. No entanto, o aspecto negativo é que os indivíduos têm menos possibilidades de beneficiarem-se dos laços fracos ou pessoas diversificadas com quem possam fazer confidências, por exemplo.

Convém destacar que se um sistema tem um emparelhamento mais impreciso (baixa densidade), pouco poder pode ser exercido; em contrapartida, um sistema de alta densidade tem potencial para maior exercício de poder pois o poder é uma propriedade sistêmica (macro) e relacional (micro) (HANNEMAN; RIDDLE, 2005).

Neste sentido, sugere-se que as redes dos dependentes de substâncias, ao passo que são menos densas, têm mais possibilidades de interação, diversificação do fluxo e conteúdo das informações, e o poder está mais distribuído entre os atores. Provavelmente isto está relacionado às diferentes características de composição da rede, conforme apontado anteriormente (ver tabela 8).

O Sujeito 95, em tratamento no CAPS ad, tem 35 anos, estudou até o 2º. série do 2º. Grau, está afastado do emprego, é casado e mora com sua família, a saber, pais, irmãos, esposa e 5 filhos. Sua rede de apoio conta com 17 nós e densidade 0,59, significando que entre as 17 pessoas que compõe a rede, algumas pessoas não se conhecem. Os vínculos com maior *degree* são avó (*degree*=13) e colegas l e m (*degree*=12), isto é, a avó e os colegas do sujeito 95 são as pessoas que mais conhecem outros componentes da rede. Quanto à centralidade *betweenness* os vínculos mais centrais são avó (centralidade=12,5) e professor w (centralidade=4,4), que são os sujeitos em posição mais privilegiada quanto ao fluxo de informações, uma vez que são as pessoas vinculadas a mais subgrupos dentro da rede (avó vinculada aos cliques 1, 2 e 3 e o professor w aos cliques 2, 3 e 5). Embora casado, o Sujeito 95 não referiu a esposa como um vínculo apoiador, conforme pode ser observado nos sociogramas da figura 6.

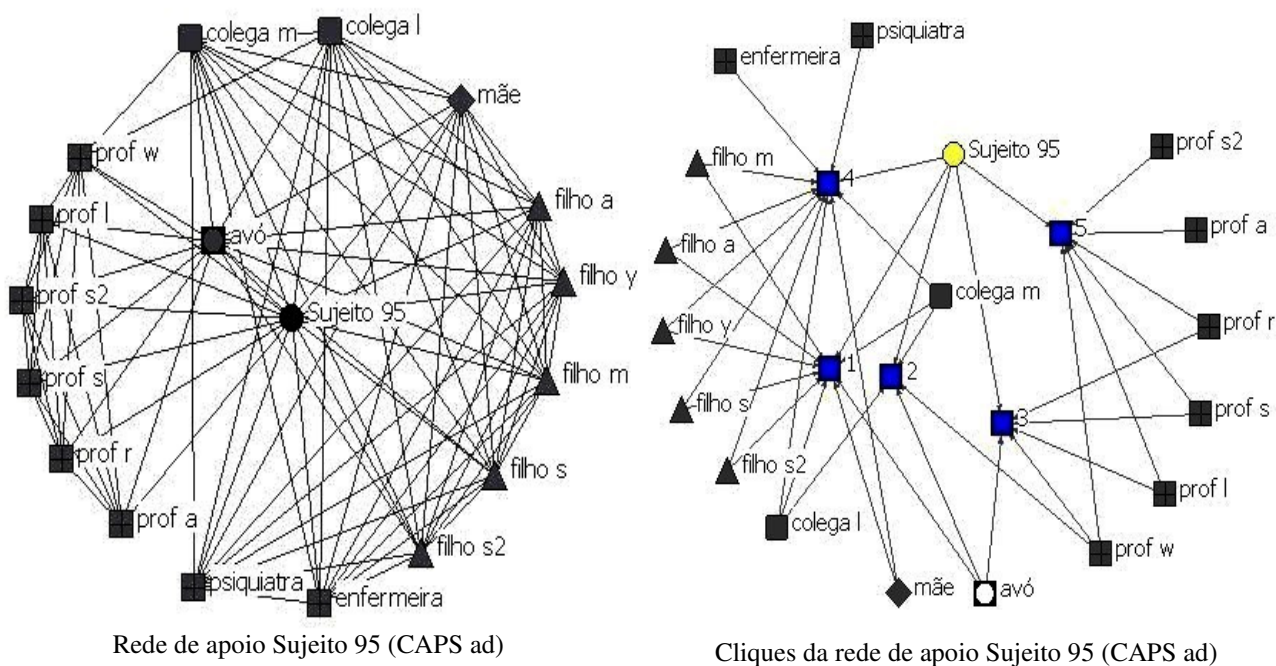


Figura 6 – Sociograma do Sujeito 95, exemplo de rede menos densa formando mais subgrupos (cliques 1, 2, 3, 4 e 5)

Com relação ao *degree*, isto é, a quantos nós determinado componente está vinculado na rede, ou quantas conexões um ator tem, os dados também permitiram caracterizações diferentes nos dois grupos estudadas. Na rede de apoio dos indivíduos não dependentes, os nós com maior *degree* se referiam a laços familiares, de amizade e do trabalho.

O número de conexões que um ator possui, diz respeito às fontes de informações que possui, assim, indivíduos com muitas conexões (maior *degree*), por receber e enviar informações de ou para

muitas fontes pode também ser considerado mais poderoso, em termos de conhecimento (HANNEMAN; RIDDLE, 2005).

O Sujeito 36 (figura 7), não dependente de substâncias, tem 60 anos, é casado, trabalhando atualmente, tem o 1º. grau completo e mora com a esposa e a filha. Sua rede de apoio tem densidade 0,46 e conta com 7 nós. Os componentes com maior *degree* são família (esposa, filha e mãe, *degree*=4) e trabalho (cliente c, também *degree*=4). Quanto à centralidade *betweenness*, todos os componentes da rede do sujeito 36 tem centralidade 0, isto é, nenhum dos nós tem papel central, ou ainda, todos têm o mesmo acesso das informações que circulam na rede. Os clientes 1, 12 e a ocupam uma posição denominada *outsider*, ou seja, são nós isolados da rede se tirarmos o ego (sujeito chave).

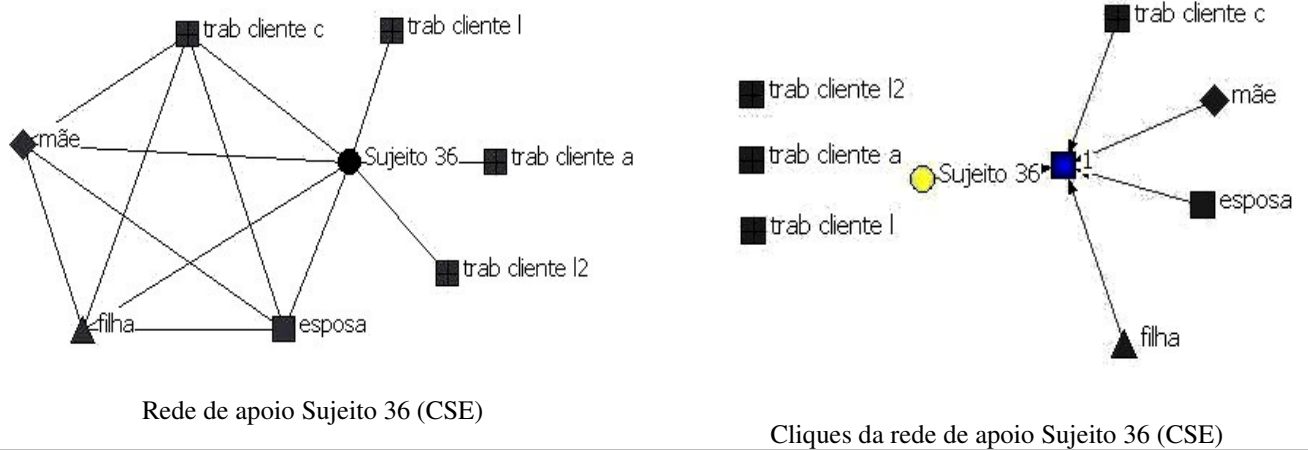


Figura 7 – Sociograma do Sujeito 36, exemplo de rede cujos maiores *degrees* são família e trabalho.

No grupo do CAPS ad os nós com maior *degree* eram também familiares, colegas, e por último, diferenciando-a do grupo anterior, os laços com o CAPS ad.

Na figura 8, observa-se a rede de apoio do Sujeito 82, dependente de substância sob tratamento no CAPS ad, tem 55 anos, é casado, completou até a 4ª. série do 1º. grau, atualmente trabalha como carpinteiro, mora com a esposa, dois filhos e uma neta. Conta com 14 pessoas na sua rede de apoio cuja densidade é 0,8 e os nós com maior *degree* são a esposa (*degree*=14) e a psicóloga e médico do CAPS ad (*degree*=13). Os vínculos com maior centralidade também são esposa (centralidade=4,5), psicóloga e médico (centralidade=3) e a rede possui 4 cliques.

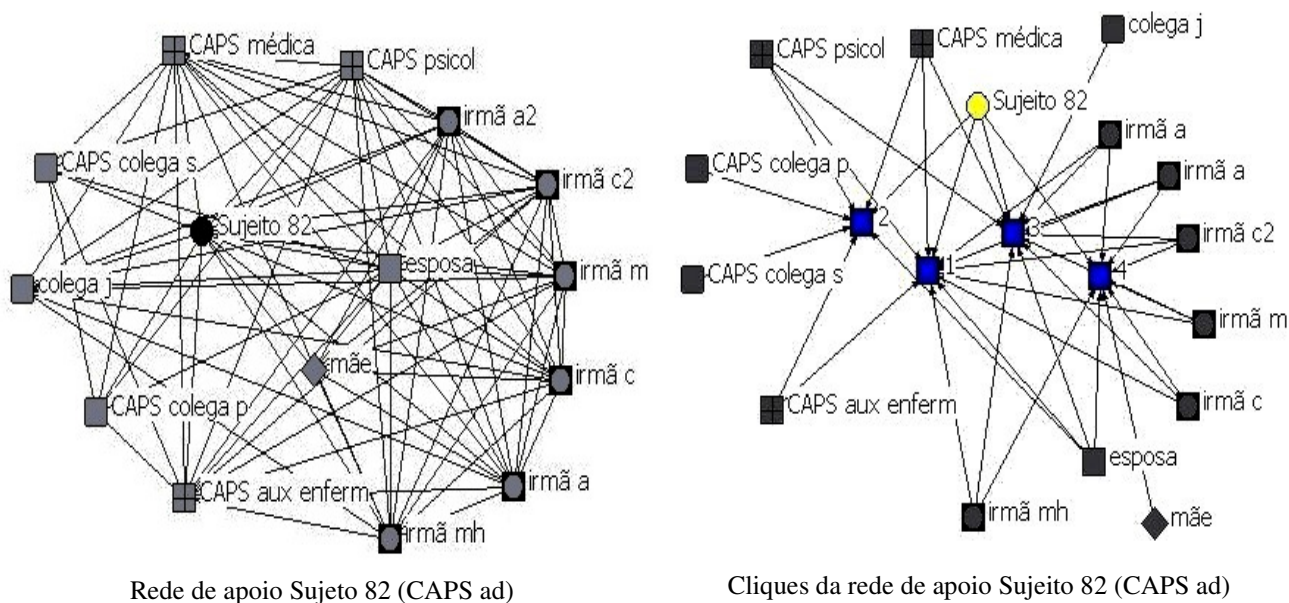
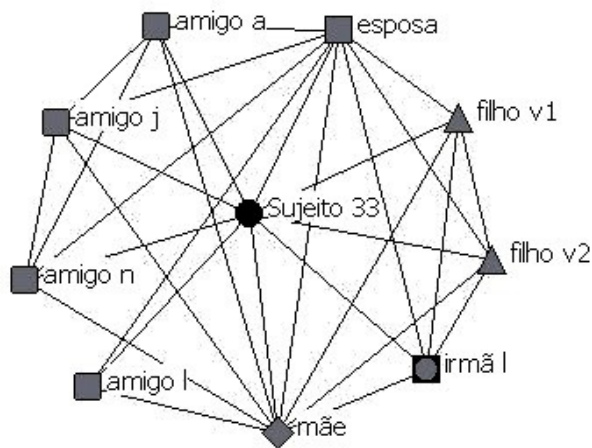


Figura 8– Sociograma do Sujeito 82, exemplo de rede cujos maiores *degrees* são família e CAPS.

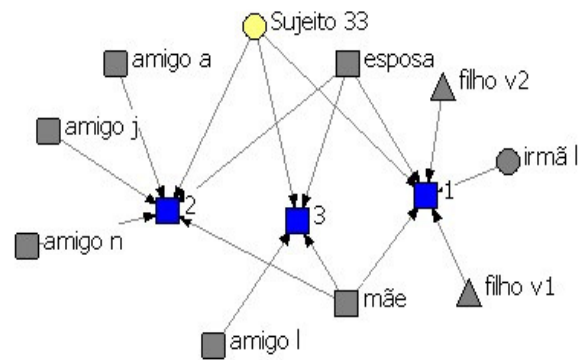
Sobre os vínculos mais centrais da rede, isto é, aqueles com localização mais privilegiada em relação à interação entre os nós, na rede do grupo do CSE foram: esposa, filhos, mãe; enquanto no grupo do CAPS ad foram: esposa, filhos, mãe, irmãos, colegas e o CAPS. Mostrando mais uma vez o importante papel da família na rede de apoio destes indivíduos.

A medida centralidade, na análise de redes sociais, também está relacionada à distribuição de poder decorrente das vantagens oriundas de certa posição que o sujeito assume na rede de relações (HANNEMAN; RIDDLE, 2005). A centralidade “betwenness”, medida utilizada no presente estudo, diz respeito ao controle da informação, isto é, a extensão com que o indivíduo age como uma ponte entre os componentes da rede exercendo o controle potencial das informações (MCCARTY, 2002).

O Sujeito 33 (figura 9), não dependente de substâncias, tem 25 anos, é amasiado, completou a 7ª. série do 1º. grau, está trabalhando atualmente, mora com a mãe, esposa e dois filhos. Sua rede de apoio tem densidade 0,67, conta com 9 componentes distribuídos em 3 subgrupos. As pessoas que tem maior centralidade nesta rede são esposa e mãe (centralidade=5) que também são os nós com maior *degree* (*degree*=9).



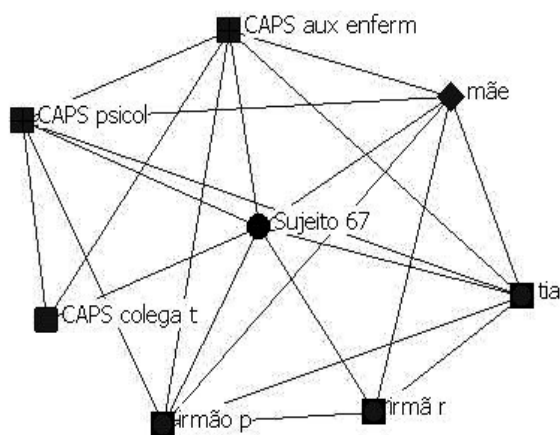
Rede de apoio Sujeito 33 (CSE)



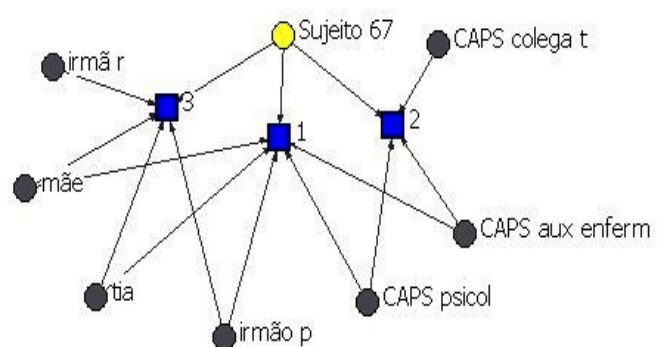
Cliques da rede de apoio Sujeito 33 (CSE)

Figura 9 – Sociograma do Sujeito 33, exemplo de rede cujos nós com maior centralidade são pessoas da família.

A figura 10 corresponde à rede de apoio do sujeito 67, 41 anos, solteiro, completou apenas a 1ª. série do 1º grau, mora com a mãe, padrasto e irmãos. Atualmente está desempregado e não tem filhos. Sua rede é composta por 7 nós e possui densidade 0,79 formando 3 subgrupos. Os componentes que ocupam posição mais central nesta rede são os profissionais do CAPS ad, a saber, a psicóloga e a auxiliar de enfermagem (centralidade=1) já os que ocupam o maior *degree* são mãe, tia, irmãos (*degree*=6).



Rede de apoio Sujeito 67 (CAPS ad)



Cliques da rede de apoio Sujeito 67 (CAPS ad)

Figura 10 – Sociograma do Sujeito 67, exemplo de rede cujo nó com maior centralidade são profissionais do CAPS.

Os *cliques* ou subgrupos são também importantes aspectos da estrutura social. Eles sinalizam a formação de “panelinhas” e podem informar como a ligação social de grandes estruturas

podem ser construídas a partir de componentes menores. Além disso, a identificação de subgrupos auxilia na compreensão da tendência de comportamento da rede e das possibilidades de mobilização e difusão das informações na trama social (HANNEMAN; RIDDLE, 2005).

Em síntese, a análise da estrutura das redes permitiu identificar que há poucos subgrupos tanto na rede dos dependentes quanto dos não dependentes de substâncias. No entanto, as redes dos indivíduos do CAPS ad têm mais subgrupos do que do CSE (diferença estatisticamente significativa; CSE média=1,5 e CAPS ad média=2,5; $p=0,01$). Convém destacar que tal questão se esbarra na pouca diversificação de componentes das redes de apoio; isto é a partir do momento que a rede de apoio se mostra mais homogênea quanto aos atributos dos seus componentes, menores são as possibilidades de formação de subgrupos. Quanto mais densas forem tais redes (mais pessoas se conhecem entre si) menores as possibilidades de subgrupos.

No quadro 6 as características das redes são sumarizadas de acordo com as características identificadas em cada grupo de sujeitos:

Características Estruturais da Rede nos grupos	CAPS ad	CSE
COMPOSIÇÃO	- Predomínio de família e amigos	- Predomínio de família e amigos - Citou 2x mais o ambiente de trabalho
DENSIDADE	- Redes mais diversificadas (menos densas)	- Redes mais densas
VÍNCULOS COM MAIOR DEGREE	- Família, amigos, pessoas do ambiente CAPS ad	- Família, amigos, pessoas do ambiente de trabalho
VÍNCULOS COM MAIOR CENTRALIDADE	- Esposa, filhos, mãe, colegas e pessoas do CAPS ad	- Esposa, filhos, mãe
CLIQUES	- Poucos subgrupos (2,5 em média)	- Poucos subgrupos (1,5 em média)

Quadro 5 – Principais características das redes dos sujeitos do CAPS ad e do CSE.

9. CONCLUSÃO

*[...]o homem não é igual a nenhum outro homem,
bicho ou coisa.
Não é igual a nada.
Todo ser humano é um estranho
ímpar.*

(Igual-desigual – Carlos Drummond Andrade)

Os resultados apresentados permitem afirmar que há diferença entre as características estruturais da rede de dependentes e não dependentes de substâncias, confirmando o terceiro pressuposto. Mas, apesar das diferenças pontuadas, de um modo geral ambos os grupos apresentaram pouca diversificação quanto à composição, redes densas, no geral centradas na família, com pouquíssimos subgrupos e ausência de laços fracos.

Quanto ao segundo pressuposto, não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao número de pessoas na rede de dependentes e não dependentes, mas em relação à satisfação dos sujeitos com o apoio social disponível, de fato os não dependentes relataram maior satisfação que os dependentes de substâncias.

Verificou-se que em ambos os grupos os indivíduos tem baixa escolaridade e baixo rendimento familiar não sendo possível a confirmação do primeiro pressuposto. Isto é, os resultados demonstram que tanto dependentes como não dependentes estão em situação de vulnerabilidade social.

Convém ressaltar, quanto à renda per capita dos indivíduos não dependentes de substâncias, que tal renda se assemelha à dos dependentes apesar de a maioria dos indivíduos entrevistados no CSE estarem trabalhando enquanto a maioria dos sujeitos do CAPS ad está desempregada. Isto indica que uma situação de desemprego entre os indivíduos do grupo do CSE provavelmente culminará numa situação ainda mais vulnerável que a dos dependentes de substâncias em termos de rendimento.

Considerando que os indivíduos que compuseram o grupo de não dependentes estavam no CSE para consultas na clínica médica ou pronto atendimento, depreende-se que a junção das condições: problemas de saúde (situação de estresse), vulnerabilidade social (baixa renda e baixa escolaridade) e reduzidas fontes de apoio social efetivas, culminam num aumentado suscetibilidade ao uso problemático e possível dependência de substâncias psicoativas.

Além disso, embora os indivíduos do grupo do CSE não sejam dependentes de substâncias, 27% relataram consumo de substâncias psicoativas num grau que já requer intervenção breve sendo que destes, 35% apresentaram consumo de risco em mais de uma substância (tabela 8).

Tabela 11 – Escores dos sujeitos do grupo do CSE que relataram consumo que requer intervenção breve, de acordo com ASSIST

SUJEITO	ESCORES DOS SUJEITOS COM CONSUMO NA FAIXA DE RISCO (*)			
	TABACO	ÁLCOOL	MACONHA	COCAÍNA/CRACK
2	6	2	12	0
3	0	4	6	23
8	25	24	0	0
15	0	14	0	0
17	9	9	0	0
20	16	16	0	0
26	0	15	0	0
35	0	18	15	2
38	12	4	0	0
42	12	4	0	0
43	0	15	0	0
44	6	4	0	0
49	6	12	0	0
52	12	4	2	0

(*)Escore do ASSIST que requerem intervenção breve (acima destes há necessidade de tratamento mais intensivo, isto é, provável situação de dependência de substâncias): TABACO: 4 a 26; ÁLCOOL: 11 a 26; MACONHA: 4 a 26; COCAÍNA/CRACK: 4 a 26

Muitos dos indivíduos sob tratamento no CAPS ad (34%) não o citaram como componente de sua rede de apoio e nenhum dos indivíduos não dependentes de substâncias citaram o CSE como uma fonte de apoio social. Isto pode sugerir que não há uma efetiva vinculação entre usuários e serviços/profissionais de saúde nos grupos estudados.

Lembrando que vinculação efetiva entre o usuário e os serviços de saúde, seria um fator chave para a concretização de tais intervenções que num conjunto resultariam na potencialização das redes de apoio das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

No entanto, tal resultado pode sugerir também que a demanda por apoio destes sujeitos diz mais respeito à sua rede informal, a saber, família, amigos, parentes, vizinhos ou ainda que as demandas por apoio que tais usuários têm não estão sendo comunicadas por eles ou percebidas pelos serviços. Logo é mister investigar as reais demandas de apoio e as estratégias de *coping* dos usuários para avaliar o papel que os serviços de saúde podem assumir nestas redes

No tocante aos indivíduos do CAPS ad, os resultados confirmam a necessidade de intervenções visando a inserção da família e outros significantes no tratamento. Para isso, a análise

da rede destes indivíduos é primordial, pois permite identificar os componentes que mais exercem influência sobre este indivíduo e fornecem subsídios para o planejamento do cuidado assistencial. Os resultados apontam também para a demanda por estratégias de reinserção dos dependentes de substâncias no trabalho e por recursos comunitários promovendo cultura e lazer que se concretizem em opções alternativas ao uso de substâncias.

Além da necessidade de intervenções focando a rede dos indivíduos dependentes de substâncias, há premente demanda por medidas preventivas aos não dependentes. Medidas que compreendam tanto intervenções breves para população em situações de vulnerabilidade, quanto intervenções no âmbito do território visando promover recursos comunitários relacionados à cultura e lazer dos moradores bem como educação popular em prol do empoderamento das comunidades para que, através de movimentos sociais possam interferir nas políticas públicas que dizem respeito às condições sociais, de saúde e qualidade de vida.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Certa palavra dorme na sombra
de um livro raro.
Como desencantá-la?
É a senha da vida
a senha do mundo.
Vou procurá-la.*

*Vou procurá-la a vida inteira
no mundo todo.
Se tarda o encontro, se não a encontro,
não desanimo,
procuro sempre.*

*Procuro sempre, e minha procura
ficará sendo
minha palavra.*

(A Palavra Mágica – Carlos Drummond Andrade)

A tese defendida neste trabalho é a de que a percepção de apoio social e a conformação estrutural das redes de apoio são influenciadas pelo processo de dependência de substâncias. Assim, as idéias-força para a argumentação deste estudo dizem respeito ao apoio social e à dependência de drogas. O apoio social é apreendido, enquanto conceito, como um possível recurso de enfrentamento às situações que demandam auxílio formal ou informal e, portanto, importante foco de intervenção aos dependentes de substâncias.

Quanto às substâncias psicoativas, foi realizado uma ampla e sistematizada revisão de literatura relacionando o uso de drogas com o apoio social. Apesar das importantes contribuições de tal revisão, evidenciou-se que as diferentes abordagens de tratamento da dependência não seguem um claro/identificável modelo teórico ou assistencial, isto é, muitas vezes, num mesmo tratamento verifica-se a co-existência de diferentes vertentes, muitas vezes antagônicas em relação ao seu objetivo-fim, e isso, certamente, fragmenta o processo de trabalho com repercussões no tratamento do usuário, em sua motivação para adesão e continuidade terapêutica bem como nas estratégias de enfrentamento e prevenção das recaídas previsíveis no decorrer desse processo.

No caso do Brasil, a linha de assistência preconizada atualmente pelo Ministério da Saúde envolve aspectos relacionados aos determinantes sociais de saúde, às abordagens psicossociais e de redução de danos. Já a política nacional sobre as drogas tem relação com o paradigma proibicionista, com o modelo biomédico embora em alguns pontos fale sobre redução de danos e abordagens psicossociais. Logo, no conjunto de estudos revisados, percebe-se, muitas vezes no mesmo artigo, idéias pautadas nos fatores de risco e proteção numa perspectiva de causa e efeito mas também citando a promoção da saúde e a importância dos determinantes sociais. Este fato

observado ao longo da revisão reflete a complexidade para apreender a questão do uso de drogas na atualidade devido à carência de uma consolidação de conceitos em relação ao que se espera como proposta de sociedade e sua implicação na cidadania e saúde das pessoas. Penso que uma vez que tais conceitos estiverem claros será possível delinear as perspectivas passíveis de se complementarem e as que são definitivamente alternativas.

Esta não clareza de objetivos e conceitos tem se refletido na arena política e nos processo de gestão na forma de conflito de interesses entre sujeitos que defendem estratégias psicossociais e serviços abertos de base comunitária na atenção aos problemas decorrentes do uso de drogas e outros que defendem um modelo de instituição fechada, de base hospitalar ou nos moldes de comunidades terapêuticas.

Enquanto isso, no âmbito prático, para as intervenções pode-se contar com: a terapia medicamentosa (baseada em estudos de caráter psicobiológico⁹); a prevenção de recaída pautada nos fatores de risco e proteção e em fundamentos teóricos provenientes da psicologia tais como a terapia cognitivo-comportamental e estratégias psico-educativas. A entrevista motivacional e as intervenções breves também utilizadas com uma perspectiva de mudança comportamental; técnicas de aconselhamento de caráter um tanto diretivo, técnicas de confronto como as utilizadas em grupos como o AA. Há algumas iniciativas psicossociais desenvolvidas em serviços abertos, como os CAPS ad que contam com projeto terapêutico interdisciplinar e aparentemente mais participativo, mas apresentando certos traços, influência e estratégias muitas vezes pautadas em todas estas perspectivas supracitadas.

Assim, relacionar as observações teóricas oriundas da revisão da literatura científica e os recursos terapêuticos decorrentes da reflexão sobre a prática de cuidados aos dependentes de substâncias se configurou como um nó-crítico na análise dos estudos revisados e na trajetória de construção argumentativa desta tese.

Apesar disso, entendo o apoio social como possibilidade de intervenção bastante clara. Por isso, considero as formas de mensurar/identificar as fontes de apoio dos indivíduos sob tratamento de suma importância e depreendo que as estratégias de mapeamento das redes sociais destes sujeitos podem ser adotadas como importantes ferramentas de trabalho a serem incorporadas ao planejamento das ações de enfermagem.

Conforme destacado, há diferentes opções de intervenção individual ou grupal, de caráter interdisciplinar, que podem ser utilizadas focando o apoio social, como por exemplo, trabalhar as

⁹ linha de pesquisa extremamente priorizada até mesmo pelos órgãos de fomentos e periódicos científicos

habilidades relacionais destas pessoas através de promoção de festas, visitas e trânsito em espaços fora da instituição de tratamento; explorar estratégias para lidar com problemas do cotidiano; propor situações e espaços nos quais os indivíduos exercitem as habilidades de comunicação. Incentivar a inserção dos sujeitos em processos de decisão no âmbito das políticas públicas e planejar estratégias visando o aumento do poder de contratualidade do sujeito (por exemplo, participação em associações ou conselhos de saúde) também é uma proposta de ação em saúde e reinserção social. Além disso, desenvolver intervenções para a família e/ou outros significantes, proporcionar informações, estabelecer parcerias com outros setores para desenvolver estratégias de inserção no trabalho e planejar intervenções comunitárias relacionadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas (condições de moradia, opções de lazer, cultura) são imprescindíveis e complementares neste processo.

A partir deste estudo, penso que a percepção de apoio social e os aspectos da estrutura da rede podem ser adotados também como indicadores de resultados no cuidado em saúde mental.

Quanto às pesquisas futuras, entendo que esta linha de estudo é extremamente promissora e necessária tanto em termos teóricos quanto práticos. Isso porque há carência de consolidação de conceitos (conforme já descrito), de estruturação de estratégias de cuidado e, sobretudo de construção de novas perspectivas para os velhos desafios em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Osvaldo P. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.56; n.3-B, p.605-612; 1998.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos Saúde Pública**, v.25, n.11, p.2309-2319, 2009.
- AMES, Steven C.; ROITZSCH, John C. The impact of minor stressful life events and social support on cravings: a study of inpatients receiving treatment for substance dependence. **Addictive Behaviors**, V. 25, N. 4, p.539–547, 2000.
- ANTUNES, Cristina; FONTAINE, Anne Marie. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala *Social Support Appraisals*. **Paidéia**, v.15, n.32, p.355-366, 2005.
- BARABÁSI, Albert-Laszló. **Linked: a nova ciência dos networks**. Leopardo Editora, 2009.
- BARKER, Chris; PISTRANG, Nancy. Psychotherapy and social support Integrating research on psychological helping. **Clinical Psychology Review**, v.22, p.361–379, 2002.
- BATISTA, Luís Eduardo. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.71-80, 2005.
- BAUMANN, Michèle; SPITZ, Elisabeth; GUILLEMIN, Francis; RAVAUD, Jean-François; CHOQUET, Marie; FALISSARD, Bruno; CHAU, Nearkasen. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a population-based study. **International Journal of Health Geographics**, v.6, p.50-55, 2007.
- BECK, Lucia Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.11, n.4, p.706-711; 2007.
- BERKMAN, Lisa F.; GLASS, Thomas; BRISSETTE, Ian; SEEMAN, Teresa E. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. **Social Science & Medicine**, v.51, p.84-857, 2000.
- BEZERRA-RIBEIRO, Mônica. **Percepção de suporte social e consumo de álcool em desempregados**. 2007. 107f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2007.
- BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **Ucinet for Windows: software for social network analysis**. Harvard, MA: Analytic Technologies, 2002.
- BOURGOIS, Philippe; MARTINEZ, Alexis; KRAL, Alex; EDLIN, Brian R.; SCHONBERG, Jeff; CICCARONE, Dan. Reinterpreting Ethnic Patterns among White and African American Men Who Inject Heroin: A Social Science of Medicine Approach. **PLoS Medicine**, v.3, n.10, p.1805-1815, 2006.
- BRAGA, Mauro Joaquim da Costa; GOMES, Luiz Flavio Autran Monteiro; RUEDIGER, Marco Aurélio. Mundos pequenos, produção acadêmica e grafos de colaboração: um estudo de caso dos Enanpads. **Revista de Administração Pública**, v.42, n.1, p.133-154; 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº196, 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out 1996. Seção 1, p.21082.

BRASIL. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas/** Ministério da Saúde. 2.ed. rev. Ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BROOK, Judith S.; PAHL, Kerstin. The Protective Role of Ethnic and Racial Identity and Aspects of an Africentric Orientation Against Drug Use Among African American Young Adults. **Journal Genetic Psychology**, v.166, n.3, p.329–345, 2005.

BRUCKI, Sonia M.D; NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo; BERTOLUCCI, Paulo H.F.; OKAMOTO, Ivan H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v.61, n.3B, p.777-781; 2003.

BRYANT, John H.; KHAN, Kausar S.; HYDER, Adnan A. Ética, equidad y renovación de la estrategia de salud para todos de la OMS. **Foro Mundial de la Salud**, v.18, p.119-128, 1997.

CALIX, Alexandra. **Is the ecomap a valid and reliable social work tool to measure social support?** 2004. 84f. Thesis (Master of Social Work) - The School of Social Work , Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College, Louisiana, 2004.

CARLINI, E.A (supervisão). **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil 2005**: estudos envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2006.

CASTRO, Roberto; CAMPERO, Lourdes & HERNÁNDEZ, Bernardo. La investigación sobre apoyo social em salud: situación actual y nuevos desafíos. **Revista de Saúde Pública**, v.31 n.4 p.425-35, 1997.

CHAVES, Márcia Lorena Fagundes. **Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental, 2006-2008**.Disponível em <www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf>. Acessado em janeiro 2008.

CIVITA, M. De; DOBKIN, P. L.; ROBERTSON, R. N.; ED, M. A study of barriers to the engagement of significant others in adult addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.19, p.135–144, 2000.

COBB, Sidney. Social Support as a Moderator of Life Stress. In: EDWARD, Ann Maxwell (org.). **Toward an integrated medicine: classics from psychosomatic medicine, 1959-1979**. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1995. p.377-398.

COHEN, Sheldon; WILLS, Thomas Ashby. Stress, social support and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v.98, n.2, p.310-357, 1985.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução nº 311 de 8 fevereiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF,

Seção 1, p.81-83, fev. 2007.

COPELLO, Alex; WILLIAMSON, Emmie; ORFORD, Jim; DAY, Ed. Implementing and evaluating Social Behaviour and Network Therapy in drug Treatment practice in the UK: a feasibility study. **Addictive Behaviours**, v.31, n.5, p.802-810, may 2006.

CRIVES, Miranice Nunes dos Santos; DIMENSTEIN, Magda. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.2, p.26-37; 2003.

DALGARD, Odd Steffen & HÅHEIM, Lise Lund. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.52, p.476-481, aug 1998.

DATASUS. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acessado em dezembro de 2009

DUTRA, Lissa; STATHOPOULOU, Georgia; BASDEN, Shawnee L.; LEYRO, Teresa M.; POWERS, Mark B.; OTTO, Michael W. A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. **American Journal Psychiatry**, v.165, p.179-187, 2008.

ELLIS, Bruce; BERNICHON, Tiffany; YU, Ping; ROBERTS, Tracy & HERRELL, James M. Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. **Evaluation and Program Planning**, v.27, n.2, p.213-221, may 2004.

FERRARI, Juliane F.; DALACORTE, Roberta R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, v.17, n.1, p.3-8; 2007.

FOMER, Raquel; YOUNG, Maycke. Análise de Redes Sociais: elementos para uma discussão teórico-metodológica. In: **III Seminário Internacional Organizações e Sociedade: Inovações e Transformações Contemporâneas**, Porto Alegre; 2008. Disponível em: <http://www.pucrs.br/eventos/sios/download/gt3/SIOS-Final_Raquel_Maycke.pdf>.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; TURATO, Egberto Ribeiro. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.3, p.196-202, 2008.

FUNK, Michelle; DREW, Natalie; SARACENO, Benedetto. **O Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2005.

GALANTER, Marc. Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.33, p.265-272, 2007.

GALDURÓZ, José Carlos F; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A.; CARLINI, E.A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, (nº especial), p.888-895, out 2005.

GALEA, Sandro; VLAHOV, David. Social Determinants and the Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness, and Incarceration. **Public Health Reports**, v.117,

Supplement 1, p.S135-S145, 2002.

GARMENDIA, María Luisa; ALVARADO, María Elena; MONTENEGRO, Mariano; PINO, Paulina. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. **Revista Médica Chile**, v.136, p.169-178, 2008.

GELAIN, Ivo. **Deontologia e Enfermagem**. 3.ed. São Paulo: EPU, 1998. 141p.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; PAWLOWSKI, Josiane; BANDEIRA, Denise Ruschel; PICCINNI, Cesar Augusto. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, artigo 1175/2008 (no prelo). Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4200>. Acessado em janeiro/2010.

GREENWOOD, Gregory L.; WOODS, William J.; GUYDISH, Joseph; BEIN, Edward. Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.20, p.15-23, 2001.

GRIEP, Rosane Harter; CHOR, Dora; FAERSTEIN, Eduardo; LOPES, Cláudia. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.2, p.625-634, 2003.

GRIEP, Rosane Harter; CHOR, Dora; FAERSTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme L.; LOPES, Cláudia S. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.703-714, 2005.

GROH, D. R.; JASON, L. A.; KEYS, C. B. Social network variables in alcoholics anonymous: A literature review. **Clinical Psychology Review**, v.28, p.430-450, 2008.

GUARNIERI, Fernando. Análise de Redes Sociais na prática (Parte - I). **Intranet Portal**; 2009. Disponível em: <<http://www.intranetportal.com.br/colab1/ARS1>>. Acessado em novembro, 2009.

HANNEMAN, Robert A.; RIDDLE, Mark. **Introduction to social network methods**. Riverside: University of California, Riverside, 2005.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva; DE MICHELI, Denise; LACERDA, Roseli Boerngen; LACERDA, Luiz Avelino; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista Associação Médica Brasileira**, v.50, n.2, p.199-206; 2004.

HOGAN, Brenda E.; LINDEN, Wolfgang; NAJARIAN, Bahman. Social Support interventions Do they work? **Clinical Psychology Review**, v.22, p.381-440; 2002.

HUMENIUK, Rachel; ALI, Robert; BABOR, Thomas F.; FARRELL, Michael; FORMIGONI, Maria L.; Jittiwutikarn, Jaron; LACERDA, Roseli B.; LING, Walter; MARSDEN, John; MONTEIRO, Maristela; NHIWATIWA, Sekai; PAL, Hemraj; POZNYAK, Vladimir; SIMON, Sara. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). **Addiction**, v.103, n.6, p.1039-1047; 2008.

HUSSONG, Andrea M. Further refining the stress-coping model of alcohol involvement. **Addictive Behaviors**, v.28, p.1515-1522, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2002**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acessado em 18 de janeiro de 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acessado em 02 de abril de 2009.

JAHN, Alice do Carmo; ROSSATO, Verginia Medianeira Dallago; OLIVEIRA, Sabrina Santos de; MELO, Evanir Parcianello. Grupo de ajuda como suporte aos alcoolistas. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.11, n.4, p.645-649, 2007.

KEANE, Martin. Provision of social support for people with drug addictions. **Drugnet Ireland**, n.32, p.18, 2009.

LAKS, Jerson; BATISTA, Elienai Maria Rubim; GUILHERME, Elza Rocha Lima; CONTINO, Ana Lúcia Barros; FARIA, Maria Eliete Vieira; FIGUEIRA, Ivan; ENGELHARDT, Elias. O Mini Exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v.61, n.3B, p.782-785; 2006.

LARANJEIRA, Ronaldo & ROMANO, Marcos. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, suplemento I, p.68-77, maio 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a17v26s1.pdf>> Acessado em: fevereiro/2007.

LAUDET, Alexandre B.; MAGURA, Stephen; VOGEL, Howard S.; KNIGHT, Edward L. Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals. **Subst Use Misuse**, v.37, n.2, p.145-170; 2002.

LOURENÇO, Roberto A.; VERAS, Renato P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.4; 2006.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência Informação**, v.30, n.1, p.71-81; 2001.

MARTINS, Rosemara Rodrigues. **As relações sociais e o uso da rede de apoio no cotidiano do idoso dependente do álcool**. 2007. 132f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MATHEUS, Renato Fabiano; SILVA, Antonio Braz de Oliveira e. Introdução à análise de redes. In: MATHEUS, Renato Fabiano; SILVA, Antonio Braz de Oliveira e. **Fundamentação teórica para a análise de redes com ênfase na Análise de Redes Sociais**: ARS, Belo Horizonte, 2005 Disponível em: <http://rfmatheus.com.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=29>. Acessado em novembro, 2009.

MATSUKURA, Thelma S.; MARTURANO, Edna M.; OISHI, Jorge. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.675-681, set/out, 2002.

MAY, Sylvia; WEST, Robert; HAJEK, Peter; McEWEN, Andy & McROBBIE, Hayden. Randomized controlled trial of a social support ('buddy') intervention for smoking cessation. **Patient Education and Counseling**, v.64, n.1/3, p.235-241, dec 2006.

MCCARTY, Christopher. Structure in Personal Networks. **Journal of Social Structure** [online],

v.3, 2002. Disponível em: <<http://www.cmu.edu/joss/content/articles/volume3/McCarty.html>>. Acessado em novembro 2009.

MCDOWELL, Ian. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3rd ed. New York: Oxford University Press, Inc., 2006.

MCMAHON, Robert C. Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.21, p.77–87, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.35-42, jan-mar, 1998.

NEUMARK, Yehuda; FRIENDLANDER, Yechiel; BAR-HAMBURGER, Rachel. Family History and Other Characteristics of Heroin-Dependent Jewish Males in Israel: Results of a Case-Control Study. **IMAJ**, v.4, p.776-771, 2002.

NEWMAN, M. E. J. The structure and function of complex networks. **SIAM Review**, v.45, n.2., p.167-256, 2003.

OLIVA, Ana Lígia. **Apoio social para dependentes do álcool**. 2007. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PEARS, Katherine; CAPALDI, Deborah M.; OWEN, Lee D. Substance Use Risk Across Three Generations: The Roles of Parent Discipline Practices and Inhibitory Control. **Psychology of Addictive Behaviors**, v.21, n.3, p.373–386, 2007.

PECHANSKY, Flávio. Treatment for drug and alcohol problems in Brazil: A puzzle with missing pieces. **Journal of Psychoactive Drugs**, v.27, n.1, p.117-123, 1994.

PECHANSKY, Flavio; HALPERN, Sílvia C.; SOILBELMAN, Mauro; BICCA, Carla; SZOBOT, Cláudia Maciel; LIMA, Ana Flávia Barros da Silva; SHIBA, Akemi Scarlet. Limites e alternativas para a implementação de um programa para dependentes químicos em risco para infecção pelo HIV utilizando o conceito de Rede Social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, jan./fev., 2001.

PILLON, Sandra Cristina; LUIS, Margarita Antonia Villar & LARANJEIRA, Ronaldo. Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. **Revista Hospital das Clínicas**, São Paulo, v.58, n.2, p.119-124, 2003.

POZNYAK, Vladimir; MONTEIRO, Maristela (coord). **WHO The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): guidelines for use in primary care: Draft version 1.1 for Field Testing**. Department of Mental Health and Substance Dependence; 2003.

RANGÉ, Bernard P.; MARLATT, G. Alan. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.30, Suplemento II, p.S88-S95, 2008.

REBOLLEDO, Nestor Ortiz; COSTA, Maria Cristina. Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas é ilícitas en Chile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, número especial, p.903-911, set-out 2005.

RIGOTTO, Simone Demore, GOMES William Barbosa. Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.18, n.1, p.95-106, jan/abr 2002.

ROTH, Patricia. Family Social Support. In: BOMAR, P. (org.). **Nurses and Family Health Promotion: concepts, assessment and interventions**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996.

SANCHEZ, Zila van der Meer. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas**. 2006. 389f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**, v.42, n.2, p.265-272, 2008.

SARASON, Irwin G.; LEVINE, Henry M.; BASHAM, Robert B.; SARASON, Barbara R. Assessing Social Support: the Social Support Questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.44, n.1, p.127-139. 1983.

SAVOIA, Mariangela Gentil, Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.26, n.2, p.1-9; 1999.

SCHENKER M., MINAYO M.C.S. A importância da Família no Tratamento do Uso Abusivo de Drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.649-59, mai/jun 2004.

SCHMITZ, Joy M.; STOTTS, Angela L.; AVERILL, Patricia M.; ROTHFLEISCH, Jennifer M.; MAILLEY, Steven E.; SAYRE, Shelly L.; GRABOWSKI, John. Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. **Drug and Alcohol Dependence**, v.60, p.189-198, 2000.

SCHROEDER, Jennifer R.; LATKIN, Carl A.; HOOVER, Donald; CURRY, Aaron D.; KNOWLTON, Amy R.; CELENTANO, David D. Illicit Drug Use in One's Social Network and in One's Neighborhood Predicts Individual Heroin and Cocaine Use. **Annals of Epidemiology**, v.11, n.6, p.389-394, aug 2001.

SCIVOLETTO, Sandra. Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes UD. In: FOCCHI, Guilherme Rubino de Azevedo; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Dependência Química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. p.65-85.

SECO, Graça Maria dos Santos Batista; CASIMIRO, Mafalda Cristina Salema Monteiro; PEREIRA, Maria Isabel Alves Rodrigues; DIAS, Maria Isabel Pinto Simões; CUSTÓDIO, Susana Margarida Rodrigues. **Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões**. Leiria: Cadernos do Ensino Superior/Insitituto Politécnico de Leiria, 2005.

SILBER, Tomás José; SOUZA, Ronald Pagnoncelli. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolescência Latinoamericana**, v.1, p.148-162, 1998.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.43, n.2, p.373-

383, 2009.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **Revista Enfermagem UERJ**, v.15, n.2, p.210-217, 2007.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.01-17, 2006. Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.

SQUASSONI, Carolina Elisabeth. **Suporte social: adaptação transcultural do Social Support Appraisals e desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes**. 2009. 223f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

TARDY, Charles H. Social support measurement. **American Journal of Community Psychology**, v.13, n.2, p.187-202, 1985.

TOMBOUROU, John Winston; HAMILTON, Margaret; U'REN, Alison; STEVENS-JONES, Pru; STOREY, Gordon. Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.23, p.61-66, 2002.

TRACY, Elizabeth M.; MARTIN, Toby C. Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.32, n.1, p.81-88, jan 2007.

VASCONCELOS, Mackill Lima. **Avaliação das redes sociais da escola: uma estratégia de prevenção do uso de drogas**. 2008. 136f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

VAUX, Alan. **Social Support: theory, research and intervention**. New York: Praeger, 1988.

WARREN, Jazmin I.; STEIN, Judith A.; GRELLA, Christine E. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. **Drug and Alcohol Dependence**, v.89, p.267-274, 2007.

WHO - World Health Organization. WHO ASSIST Working Group. **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility**. **Addiction**, v.97, p.1183-1194; 2002.

WINEMILLER, David R.; MITCHELL, Ellen M.; SUTLIFF, Jane; CLINE, Daniel J. Measurement strategies in social support: a descriptive review of the literature. **Journal of Clinical Psychology**, v.49, n.5, p.638-648, 1993.

APÊNDICE

APÊNDICE A - DETALHAMENTO DA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE APOIO SOCIAL E USO DE DROGAS

Estudo sobre apoio social com foco em:	Classificação Temática	Instrumentos utilizados na pesquisa	Sujeitos, número, local
Determinantes sociais e uso de drogas (Gálea, Vlahoh, 2002) Teórico	1 (Aspectos sociais)	Argumentos teórico-científicos	Nova York (USA)
Privação social e material e uso de drogas (Baumann, Spitz, Guillemin, Ravaud, Choquet, Falissard, Chau, 2007) Quantitativo	1 (Aspectos sociais)	Questionários padronizados contemplando: aspectos sócio-demográficos, uso de drogas, características e privação social.	Amostra randomizada da população da região nordeste da França N=6216 Lorraine (França)
Desemprego e uso de drogas (Laudet, Magura, Vogel, Knight, 2002) Quantitativo	1 (Desemprego)	1.Colorado Symptom Index (CSI): saúde mental 2.Questionário próprio abordando: uso de substâncias, saúde física, aspectos relacionados ao desemprego	Indivíduos desempregados, sob tratamento num programa de auto-ajuda para indivíduos com patologia dual tipo 12-passos N=130 Nova York (USA)
Enfermagem, trabalho, uso de drogas (Beck, David, 2007) Teórico	1 (Desemprego)	Análise reflexiva sobre a relação entre uso de substâncias e trabalho e a atuação da enfermagem	Rio de Janeiro (Brasil)
Percepção suporte social, álcool e desemprego (Bezerra-Ribeiro, 2008) Quantitativo	1 (Desemprego)	1.Questionário sociodemográfico 2.Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS): apoio social 3. Alcohol Use Identification Test (AUDIT): uso do álcool	Indivíduos de uma agência pública de empregos N=300 São Bernardo do Campo/SP (Brasil)
Identidade étnica fator protetor do uso de drogas (Brook, Pahl, 2005) Estudo longitudinal de 11 anos	1 (Questões étnicas)	1.Padrão de uso de drogas nos últimos 5 anos 2.Medidas comportamentais: tendência ao desvio e comportamentos de risco 3.Escala de realização acadêmica, aspirações e expectativas de trabalho 4.Rebeldia (Smith, Fogg, 1979) 5.Medidas de integração do ego: auto-controle, orientação, hostilidade, distração 6.Sintomas psicológicos relacionados a depressão: tristeza, desesperança, idéias suicidas 7.Experiências de discriminação percebida 8.Engajamento em ofensas graves: brigar, beber muito, quebrar coisas em casa 9.Risco de drogas: o quanto outras pessoas podem prejudicar-se com o seu uso 10.Escala Familialism: valorização e ligação com a família nuclear e estendida 11.Family Church Attendance Scale: frequência à igreja. 12.Escala de afiliação: etnia das pessoas da rede social do indivíduo 13.Escala de identificação Afro-Americana: admiração, imitação ou percepção de si 14.Afirmação e pertencimento: ligação e pertença ao seu grupo étnico 15.Variáveis demográficas	Jovens estudantes adultos auto-denominados Afro-Americanos N=333 Nova York (USA)

Etnia, moradores de rua e rede social (Bourgois, Martinez, Kral, Edlin, Schonberg, Ciccarone, 2006) Estudo etnográfico	1 (Questões étnicas)	1.Observação-participante (10 anos) 2.Entrevistas 3.História de vida 4.Imagens digitalizadas (fotografias) de usuários de drogas em seu contexto de vida	Usuários de drogas injetáveis, moradores de rua N=24 São Francisco (USA)
Álcool coping e apoio social (Hussong, 2003) Quantitativo	1 (Estresse e Coping)	1.Michigan Alcohol Screening Tests (MAST): consequências relacionadas ao uso do álcool 2.Inventory for College Student's Recent Life experiences (ICSRLE): estresse nos últimos meses 3.COPE (Carver et al, 1989)	Estudantes Universitários N=83 Carolina do Norte (USA)
Apoio social e craving (Ames, Roitzsch, 2000) Quantitativo	1 (Estresse, apoio social e craving)	1.Daily Stress Inventory (DSI-Brantley & Jones, 1989): lista estressores menores diários 2.Daily Urge Record Sheet (DURS): incidência e componentes afetivos de <i>cravings</i> 3.Questionário demográfico 4.Interpersonal Support Evaluation List (ISEL): percepção da disponibilidade de apoio social funcional	Dependentes de substâncias em tratamento (regime internação) N=39 Carolina do Norte (USA)
HIV, dependência química, rede social (Pechansky, Halpern, Soibelman, Bicca, Szobot, Silva Lima, Shiba, 2001) Qualitativo (descritivo)	1 (Família apoio social)	Descrição do projeto POAVHIVE: recuperação social de usuários de drogas injetáveis portadores de HIV	Porto Alegre/RS (Brasil)
Família e uso de álcool e drogas (Neumark, Friedlander, Bar-Hamburger, 2002) Quantitativo (Caso-controle)	1 (Dependência às drogas na família)	1.Informações sociodemográficas 2.Histórico detalhado sobre o uso de drogas (quantidade/freqüência) 3.FAGERSTROM Scale: grau de dependência de nicotina 4.Genealogia: parentes de primeiro grau com problemas relacionados à substâncias.	Caso: homens dependentes de heroína em tratamento num serviço público (N=64); Controle: amostra randomizada de população não institucionalizada (N=131) Jerusalém (Israel)
Uso de drogas entre gerações familiares (Pears, Capaldi, Owen, 2007) Estudo longitudinal de 20 anos (3 gerações)	1 (Dependência às drogas na família)	1.Uso de substâncias pela geração 1 durante a infância da geração 2 2.Disciplina da geração 1 no início da adolescência da geração2 3.Controle inibitório* da geração 2 no meio da adolescência 4. Uso de substâncias pela geração 2 na adolescência tardia 5.Pobreza de disciplina da geração2 para a geração 3 aos 21 meses de idade 6.Controle inibitório da geração 3 aos 3 anos de idade	Geração 1 e 2: indivíduos de escolas em áreas metropolitanas de alta criminalidade juvenil N=141 (G1) N=103 (G2) N=178 (G3) Oregon (USA)
Redes sociais escola e prevenção uso de drogas (Vasconcelos, 2008) Qualitativo	1 (Família, comunidade, prevenção)	1.Entrevistas semi-estruturadas 2.Grupos reflexivos 3.Observação-participante	Membros da comunidade escolar N=36 Goiânia/GO (Brasil)
Outros significantes tratamento UAOD (Civita, Dobkin, Robertson, Ed 2000) Qualitativo	1 (Família no tratamento))	Grupos focais	Parentes e conhecidos de dependentes em tratamento na unidade de adições de um centro de saúde Montreal (Canadá)
Percepção uso de drogas (Fontanella, Mello, Demarzo,	1 (Desgaste familiar)	Entrevistas com questões abertas	Dependentes de substâncias de um consultório particular e de uma clínica de

Turato, 2008) Qualitativo			internação psiquiátrica N=13 Campinas/SP (Brasil)
Apoio formal e informal (Barker, Pistrang, 2002) Revisão	2 (Apoio formal e informal)	Argumentos teórico-científicos	Londres (UK)
Recaída cocaína (McMahon, 2001) Quantitativo	2 (Recaída tratamento residencial)	1. Life Experience Survey: efeitos dos eventos estressores 2. Perceived Support Network Inventory: rede social percebida e qualidade do apoio 3. Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II): estilos de personalidade patológicas, síndromes e sintomas clínicos 4. Addiction Severity Index (ASI): problemas relacionados ao uso abusivo de drogas nas diferentes áreas da vida	Dependentes de cocaína sob tratamento em 3 tratamentos residenciais N=304 Miami (USA)
Serviço residencial e hospital-dia (Greenwood, Woods, Guydish, Bein, 2001) Quantitativo	2 (Recaída nos diferentes serviços)	1. Questionário sobre recaída 2. Características demográficas 3. Beck Depression Inventory (BDI): depressão 4. Addiction Severity Index (ASI): gravidade do uso de álcool e drogas	Indivíduos sob tratamento em hospital-dia e tratamento residencial N=534 São Francisco (USA)
Abstinência e apoio social (Garmendia, Alvarado, Montenegro, Pino, 2007) Quantitativo	2 (Recaída nos diferentes serviços)	1. Perfil sociodemográfico 2. Padrão de consumo de drogas 3. Antecedentes familiares de uso de drogas 4. Goldberg Health Questionnaire (GHQ-12) 5. Medical Outcomes Study (MOS): apoio social	Dependentes de substâncias egressos de tratamento ambulatorial, residencial (públicos e privados) N=153 Chile
Narcóticos Anônimos e apoio social (Toumbourou, Hamilton, U'Ren, Stevens-Jones, Storey, 2002) Quantitativo	2 (Narcóticos Anônimos)	1. Social Support Index: apoio emocional, material, apoio negativo 2. Geral Health Questionnaire (GHQ): questões relacionadas ao uso de substâncias	Dependentes de substâncias participantes de grupo de auto-ajuda N=91 Victoria (Austrália)
Apoio social e Alcoólicos Anônimos (Groh, Jason, Keys, 2008) Revisão	2 (Alcoólicos Anônimos)	Revisão de literatura: apoio social, rede social e AA	Chicago (USA)
Espiritualidade, AA e apoio social (Galanter, 2007) Revisão	2 (Alcoólicos Anônimos)	Argumentos teórico-científicos	Nova York (USA)
Relações, rede de apoio, idosos UAOD (Martins, 2007) Qualitativo	2 (Alcoólicos Anônimos)	Entrevistas semi-estruturadas	Idosos de AA e respectivos familiares; profissionais de saúde N=10 (idosos) N=3 (familiares) N=6 (profissionais) Porto Alegre/RS (Brasil)
Religião e uso de substâncias	2 (Religiosidade)	Entrevista em profundidade	Ex-dependentes de substâncias de 21

(Sanchez, 2006; Sanchez, Nappo, 2008) Qualitativo		Observação-participante	instituições religiosas N=85 São Paulo (Brasil)
Intervenções psicossociais e uso de drogas (Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers, Otto, 2008) Metanálise	2 (Intervenções psicossociais)	Eficácia de tratamentos psicossociais para transtorno uso de substâncias	34 condições controladas de tratamento representando 2340 pacientes Boston (USA)
Cognitivo-comportamental e uso de drogas (Rangé, Marlatt, 2008) Qualitativo (descritivo)	2 (Intervenções)	Modelo de treinamento de grupo de dependentes de álcool – abordagem cognitivo-comportamental	Rio de Janeiro/RJ (Brasil)
Cocaína, depressão e apoio social (Schmitz, Stotts, Averill, Rothfleisch, Bailley, Sayre, Grabowski, 2000) Quantitativo	2 (Diagnóstico dual)	1.Sociodemográfico e uso de substância 2.Addiction Severity Index (ASI): dificuldades nas áreas médica, trabalho, álcool, droga, legal, família, social e psiquiátrica 3.Cocaine Craving Scale (CCS): fissuras 4.Checklist 90-Revised: níveis de psicopatologia 5.Beck Depression Inventory (BDI): depressão 6.Impulsivity Inventory: impulsividade funcional ou disfuncional 7.Social Functioning Questionnaire (SFQ): ajustamento social 8.Interpersonal Support Evaluation List (ISEL): disponibilidade de apoio percebido 9.University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA): disponibilidade para mudança 10.Processes of Change Scales: processos de mudança de comportamento 11.Decisional Balance Scale: prós e contras do uso de drogas 12.Inventory of Drug Taking Situations (IDTS): frequência do uso de drogas em diferentes situações 13.Drug-Taking Confidence Questionnaire: habilidade percebida para lidar efetivamente com situações de alto risco	Dependentes de substâncias em tratamento numa Clínica N=151 Houston (USA)
Apoio social e patologia dual (Warren, Stein, Grella, 2007) Quantitativo	2 (Diagnóstico dual)	1.Structures Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P): humor, psicose, estresse pós-traumático e transtorno uso de substâncias 2.Dados sociodemográficos, funcionamento psicológico, frequência de uso de substâncias 3.RAND Health Survey SF-36: estresse psicológico 4.Apoio social 5.Situational Confidence Questionnaire: o quanto o indivíduos resiste ao desejo de usar drogas em diferentes situações	Dependentes de substâncias de 11 clínicas de tratamento residencial N=400 Los Angeles (USA)
Políticas álcool e drogas (Alves, 2009) Teórico	3 (Modelos de Atenção)	Análise do discurso das políticas públicas de drogas brasileiras	Leis, decretos, portarias, medidas provisórias etc. a partir de 1970 Salvador/BA (Brasil)
Apoio social e álcool (Oliva, 2007) Quantitativo	3 (CAPS ad)	1.Informações demográficas 2.Alcohol Use Identification Test (AUDIT): uso do álcool 3.Medical Outcomes Study (MOS): apoio social	Dependentes de álcool sob tratamento em CAPS ad N=50 Ribeirão Preto (Brasil)
Rede social CAPS ad	3 (CAPS ad)	Grupo focal	Dependentes de substâncias sob tratamento

(Souza, Kantorski, 2009) Qualitativo		Observação-participante Ecomapa	em CAPS ad N=5 Pelotas/RS (Brasil)
Grupo álcool apoio (Jahn, Rossato, Oliveira, Melo, 2007) Qualitativo	3 (CAPS ad)	História oral temática Desenho acromático	Dependentes de álcool sob tratamento em CAPS ad N=10 Santa Maria/RS (Brasil)
CAPS ad e RD (Souza, Kantorski, Gonçalves, Mielke, Guadalupe, 2007) Qualitativo	3 (CAPS ad e RD)	Observação-participante	Funcionamento CAPS ad e RD Rio Grande do Sul (Brasil)

Quadro temático - foco dos estudos, classificação temática, instrumentos utilizados, sujeitos, local do estudo.

*Controle dos impulsos e dos traços temperamentais

TEMAS: 1) Determinantes relacionados à saúde do indivíduo e ao uso de drogas: condições sociais, família, estresse

2) Apoio formal ao usuário de drogas:, co-morbidade, recaída, modalidades de tratamento da dependência de substâncias

3) Modelo assistencial brasileiro no tratamento da dependência de substâncias

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE O CAPS AD

Dados referentes ao serviço de saúde mental especializado em álcool e drogas

(Este questionário tem a finalidade de obter dados a respeito do tratamento oferecido pelo serviço de saúde mental especializado em álcool e drogas ao qual estão vinculados os sujeitos do estudo PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ESPECIALIZADO EM ÁLCOOL E DROGAS)

1. Nome da Instituição

.....
.....
.....

2. Endereço

.....
.....

3. Telefone

.....

4. Composição da equipe de profissionais

	PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Médico Psiquiatra	SIM () NÃO ()	
Médico Clínico	SIM () NÃO ()	
Enfermeiro	SIM () NÃO ()	
Psicólogo	SIM () NÃO ()	
Terapeuta Ocupacional	SIM () NÃO ()	
Assistente Social	SIM () NÃO ()	
Técnico de Enfermagem	SIM () NÃO ()	
Auxiliar de Enfermagem	SIM () NÃO ()	
Acompanhante Terapêutico	SIM () NÃO ()	
Outros (especificar):		

5. Número de usuários cadastrados:

Intensivos:	Semi-intensivos:	Não-intensivos:
-------------	------------------	-----------------

6. Horário de funcionamento:

.....
.....

7. Atividades oferecidas pelo serviço:

INTERVENÇÃO		
Tratamento medicamentoso	SIM ()	NÃO ()
Atendimento individual	SIM ()	NÃO ()
Atendimento grupal	SIM ()	NÃO ()
Oficinas terapêuticas	SIM ()	NÃO ()
Visita domiciliar	SIM ()	NÃO ()
Atividades de lazer	SIM ()	NÃO ()
Outras(especificar):		

8. Critérios de indicação para as diferentes modalidades de atendimento

Intensivo.....

Semi-intensivo.....

Não-Intensivo.....

Entrevistador:.....
 Data:/...../.....

APÊNDICE C - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao senhor ou senhora este termo com informações sobre a pesquisa que será realizada a partir de abril/2009 caso queira e concorde em participar deste estudo chamado: "PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ESPECIALIZADO EM ÁLCOOL E DROGAS".

Este estudo tem como objetivo investigar a percepção do apoio social disponível e as principais características da rede de apoio social de indivíduos sob tratamento pelo uso de drogas e indivíduos que não são dependentes destas substâncias. Se o senhor ou senhora autorizar, faremos algumas perguntas relacionadas à sua orientação sobre tempo e lugar, utilizaremos dois questionários com algumas perguntas sobre sua situação de vida e pediremos que identifique algumas pessoas que são importantes no seu convívio. Não será necessário citar nomes e as informações que forem fornecidas serão utilizadas de modo sigiloso, ou seja, as informações dadas pelo senhor ou senhora serão tratadas de forma respeitosa e seu nome não será exposto em nenhum momento da pesquisa, além disso, a sua participação nesta pesquisa não implica em nenhum risco ou desconforto à sua saúde.

A entrevista poderá ser feita aqui no serviço ou em seu domicílio, conforme o senhor ou senhora achar melhor e terá duração de, aproximadamente 1 hora, podendo haver um intervalo se assim você desejar. Acrescentamos que, em caso de dúvidas o senhor ou senhora receberá os esclarecimentos necessários e que, mesmo aceitando a participação e assinando este termo, você tem total liberdade de participar ou não do estudo, quando e se assim desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo no seu atendimento neste serviço. Assim, havendo disponibilidade e interesse de sua parte em participar desta pesquisa, solicitamos que autorize e assine o consentimento abaixo; o senhor ou senhora receberá uma cópia deste termo com os telefones necessários para o caso de dúvidas relacionadas ao estudo.

Fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa e dos questionários que serão utilizados na pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar deste estudo.

Fui informado (a) da garantia de: esclarecer qualquer dúvida sobre os procedimentos, ter livre acesso aos dados e resultados, liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato das informações que fornecerei. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do entrevistador

OBS.: qualquer dúvida sobre a pesquisa entre em contato com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, doutoranda Jacqueline de Souza. Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Ribeirão Preto. CEP 14040-902 – São Paulo. Tel/Fax: (16) 3602.3477 ou 3602.4754

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Entrevistado _____ Local de entrevista _____

GÊNERO, DATA E LOCAL DE NASCIMENTO

Gênero masculino feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Procedência (local de nascimento – cidade/estado): _____

COR/ETNIA, ESTADO CIVIL

Qual cor ou raça você se considera? branca preta amarela parda indígena

Estado conjugal: casado divorciado vivendo como casado

separado nunca casou viúvo

Há quanto tempo: _____

ESCOLARIDADE, OCUPAÇÃO E PROFISSÃO

Completo até que série? _____

Profissão: _____ Situação de emprego atual: _____

MORADIA, FILHOS, RENDA

Mora em casa: própria alugada cedida outros (especificar) _____

Com quem mora? _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Quantas e quais pessoas trabalham na sua casa? _____

Quantas e quais pessoas dependem da sua renda? _____

Qual a renda familiar mensal? _____

Renda per-capita: _____

s/ rendimento até 1 SM + de 1 a 3 SM + de 3 a 5 SM + de 5 SM

Data: _____

APÊNDICE E - MATRIZ DA REDE DE APOIO SOCIAL

Nome do entrevistado: _____

Local da entrevista: _____

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.
1.																											
2.																											
3.																											
4.																											
5.																											
6.																											
7.																											
8.																											
9.																											
10.																											
11.																											
12.																											
13.																											
14.																											
15.																											
16.																											
17.																											
18.																											
19.																											
20.																											
21.																											
22.																											
23.																											

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 171/2008

Ribeirão Preto, 08 de julho de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 07 de julho de 2008.

Protocolo: n° 0936/2008

Projeto: PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ESPECIALIZADO EM ÁLCOOL E DROGAS.

Pesquisadores: Margarita Antonia Villar Luis
Jacqueline de Souza

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Margarita Antonia Villar Luis

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

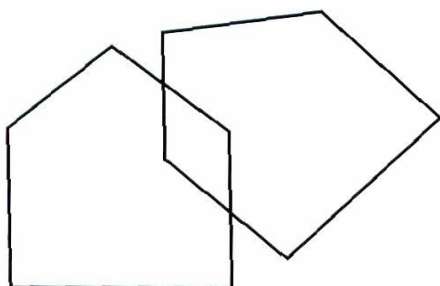
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ)

1. EM CADA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ RESPONDER AS DUAS PARTES
2. NENHUMA QUESTÃO DEVE FICAR SEM RESPOSTA
3. NA PRIMEIRA PARTE DE CADA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ COLOCAR AS INICIAIS DO NOME OU NOME DE CADA PESSOA COM QUEM VOCÊ PODE CONTAR NAQUELA SITUAÇÃO – APÓS AS INICIAIS ESCREVA QUEM ESSA PESSOA É PARA VOCÊ (AMIGA, MARIDO, VIZINHA, ETC)
4. SE VOCÊ NÃO POSSUIR NENHUMA PESSOA PARA AJUDÁ-LO NA SITUAÇÃO QUE A PERGUNTA DESCREVE, MARQUE A OPÇÃO: () NINGUÉM
5. VOCÊ PODE ESCREVER EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS NOS ESPAÇOS QUE ESTÃO MARCADOS PARA SEREM PREENCHIDOS (E NÃO UM NÚMERO MAIOR QUE OS ESPAÇOS DISPONÍVEIS)
6. PODE - SE REPETIR A MESMA PESSOA NAS DIFERENTES PERGUNTAS
7. NA SEGUNDA PARTE DA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ MARCAR A OPÇÃO QUE MAIS SE APROXIMA DO QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA COM O APOIO DAS PESSOAS QUE VOCÊ DESCREVEU NA PRIMEIRA PARTE. MARQUE O GRAU DE SUA SATISFAÇÃO MESMO SE VOCÊ REPONDEU “NINGUÉM”
8. MARCAR APENAS UMA OPÇÃO NA PARTE “EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO”
9. EXEMPLO: COM QUEM VOCÊ COSTUMA SAIR?

P.M. marido L.M. filha I.J. vizinha C.F. amiga _____

EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO COM ESSA COMPANHIA?

- () muito satisfeito () um pouco satisfeito
() razoavelmente satisfeito () razoavelmente insatisfeito
() um pouco satisfeito (X) muito insatisfeito

SSQ

1. Com quem você realmente pode contar para ouvi-lo quando você precisa conversar?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

2. Com quem você pode realmente contar para ajuda-lo se uma pessoa que você pensou que era bom(boa) amigo(amiga) insultou você e disse que não queria ver você novamente?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

3. Você acha que é parte importante da vida de quais pessoas?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito

um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

4. Quem você acha que poderia ajudar você se você fosse casado(a) e tivesse acabado de se separar?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

5. Com quem você poderia realmente contar para ajuda-lo a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

6. Com quem você pode conversar francamente sem ter que se preocupar com o que diz?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

7. Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

8. Com quem você realmente pode contar para distraí -lo de suas preocupações quando você se sente estressado?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

9. Com quem você pode realmente contar quando você precisa de ajuda?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

10. Com quem você poderia realmente contar para ajudar caso você fosse despedido do emprego ou fosse expulso da escola?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

11. Com quem você pode ser totalmente você mesma?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

() muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

12. Quem você acha que realmente aprecia você como pessoa?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

() muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

13. Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

() muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

14. Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem criticar você?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

() muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

15. Quem vai confortar e abraçar você quando você precisa disso?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

() muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

16. Quem você acha que ajudaria se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

() muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

17. Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo a ficar mais relaxado quando você está sob pressão ou tensa?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

() muito satisfeito () um pouco satisfeito () razoavelmente satisfeito
() um pouco insatisfeito () razoavelmente insatisfeito () muito insatisfeito

18. Quem você acha poderia ajudar se morresse um parente seu, muito próximo?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

19. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

20. Com quem você pode contar para preocupar – se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

21. Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando você está muito bravo com alguém?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

22. Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que você precisa melhorar em alguma coisa?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

23. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo a sentir – se melhor quando você está deprimido?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

24. Quem você sente que gosta de você verdadeira e profundamente?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

25. Com quem você pode realmente contar para consolá-lo quando está muito contrariado?

- Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

26. Com quem você pode realmente contar para apoiá-lo em decisões importantes que você toma?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

27. Com quem você pode contar para ajudá-lo a se sentir melhor quando você está muito irritado e pronto para ficar bravo com qualquer coisa?

Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito um pouco satisfeito razoavelmente satisfeito
 um pouco insatisfeito razoavelmente insatisfeito muito insatisfeito

ANEXO D - ASSIST

Atividade: _____ Data: ____/____/____

Sexo: () M () F Idade: _____ Escolaridade _____

ASSIST – OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. **bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodka, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. **outras** – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

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

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

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

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

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