

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

Heloisa Praça Baptista

**Adesão de Familiares de Usuários
de Substâncias Psicoativas ao
Acompanhamento por meio de
Telemedicina**

UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

**Porto Alegre
2018**

Heloisa Praça Baptista

Adesão de Familiares de Usuários de Substâncias Psicoativas ao Acompanhamento por meio de Telemedicina

Dissertação submetida ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre
como requisito para a obtenção do
grau de Mestre

Orientador: Dr^a. Helena Maria Tannhauser Barros
Coorientadora: Dr^a. Cassandra Borges Bortolon
Coorientadora: Dr^a. Taís de Campos Moreira

**Porto Alegre
2018**

Catálogo na Publicação

Baptista, Heloisa Praça

Adesão de familiares de usuários de substâncias psicoativas ao acompanhamento por meio de telemedicina / Heloisa Praça Baptista. -- 2018.

76 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2018.

Orientador(a): Dr^a Helena Maria Tannhauser Barros ;
coorientador(a): Dr^a Cassandra Borges Bortolon, Tais de Campos Moreira.

1. Codependência. 2. Adesão. 3. Família. 4. Substâncias Psicoativas. 5. Telemedicina. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

*“Quem lhe deu a verdade absoluta?
Não há nada absoluto. Tudo se transforma, tudo se move.
Tudo revoluciona, tudo voa e vai...”*
Frida Kahlo

Dedico essa dissertação aos polos de idade que habitam meu coração:
Minha avó Norma, por me abastecer de amor e mimos;
E meu amor Zé, por dar sentido a minha vida.

Agradecimentos

Agradeço ao meu pai Capucho, meu grande incentivador e amigo. Obrigada por sempre estar ao meu lado e me encorajar. À minha mãe Zuca, por sempre me incentivar, me escutar e dar muito amor. Obrigada por sempre estar presente em minha vida. Amo muito vocês!

Ao meu namorado Luciano, agradeço por não ceder aos meus dramas cotidianos, incentivando assim o meu desenvolvimento. Obrigada por dividir comigo, diariamente toda a tua energia e sede de vida. Te amo!

À minha amiga, companheira e sócia Lori, agradeço por acreditares em mim, me apoiar e segurar as pontas em meus momentos de ausência. Somos uma dupla que dá muito certo.

Aos demais familiares e amigos, que contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho, meu muito obrigada!

À minha orientadora, Dr^a Helena agradeço por todos os cuidados e ensinamentos que recebi. Obrigada por acreditar e motivar meu desenvolvimento como pesquisadora e como pessoa. Durante esta minha caminhada, me deste todo o apoio e suporte necessário, acalmou minhas ansiedades, reforçou meu crescimento, exigiu quando preciso e sempre com muito afeto.

À minha coorientadora Taís, muito obrigada por acreditares em mim, por me ajudar no decorrer deste percurso. Serei sempre grata pela oportunidade que me ofereceste, pela tua amizade, por todas as palavras de carinho, incentivo e conforto. Devo muito deste trabalho a ti.

À minha coorientadora Cassandra, obrigada por me conduzir na apaixonante aventura de estudar famílias.

A toda a equipe do Ligue 132: secretaria, administração, consultores, monitores e supervisão, agradeço pelo carinho e acolhimento de vocês. Agradeço em especial a Maristela que sempre esteve disponível para ajudar, com um sorriso no rosto e uma leveza no olhar. E ao Roger, meu companheiro de procrastinação, agradeço a empatia, a amizade e a motivação que sempre me deste.

Aos familiares que participaram deste estudo, meu eterno respeito!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E TABELAS	6
LISTA DE ABREVIATURAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Famílias que convivem com usuários de substâncias psicoativas.....	9
1.1.1 Codependência	11
1.1.2 Tratamento do sistema familiar	15
1.2 Adesão a tratamentos	17
1.2.1 Adesão de familiares ao tratamento	21
1.3 Telemedicina	22
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos Específicos	25
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
5 ARTIGO	31
6 ANEXOS	57
6.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57
6.2 APROVAÇÃO DO CEP	60
6.3 NORMAS DE REVISTA SUBSTANCE USE E MISUSE	61

6.4 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO	71
6.5 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO FAMILIAR	72
6.6 HCI - <i>Holyoake Codependency Index</i> – Escala de avaliação de codependência	74
6.7 ESCALA DE ADESÃO COMPORTAMENTAL	75
6.8 QUESTIONÁRIO DE FATORES SOBRE ADESÃO	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e condição de saúde dos familiares que atenderam a ligação próativa.

Tabela 2- Fatores socioeconômicos que podem ter interferido na adesão ao tratamento de codependentes.

Tabela 3 - Possíveis fatores relacionados ao paciente que interferiram na adesão ao tratamento.

Tabela 4 – Condições relacionadas ao quadro de codependência que podem ter interferido na adesão ao tratamento dos familiares.

Tabela 5 – Possíveis fatores relacionados as substâncias psicoativas utilizadas pelo usuário que interferiram na adesão ao tratamento dos familiares.

Tabela 6 - Aspectos do tratamento que podem ter interferido na adesão ao tratamento dos familiares.

Tabela 7 – Elementos relacionados ao sistema e equipe de saúde possíveis de ter interferido na adesão ao tratamento dos familiares.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Porcentagem de familiares com alta e baixa codependência durante o acompanhamento de teleintervenção.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Alcoólicos Anônimos

Al – Anon – Grupo de Autoajuda para Familiares de Alcoólicos Anônimos

APA – American Psychiatric Association

CT – Centro de Tratamento

DSM – 5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HCI - *Holyoake Codependency Index*

Ligue 132 – Central de atendimento sobre Drogas

MTAFUD - Modelo Teleintervenção e Acompanhamento de Familiares de Usuários de Drogas MTAUFUD

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno complexo que causa danos significativos ao usuário e também atinge seu sistema familiar. Esse transtorno possibilita o desenvolvimento de sofrimento físico e emocional, diminuição da qualidade de vida, conflitos interpessoais e desestabilização financeira de qualquer membro do sistema familiar. O objetivo principal deste estudo foi investigar possíveis fatores que possam interferir na adesão de familiares codependentes de um usuário de substância psicoativa à teleintervenção. Realizou-se uma coorte retrospectiva, com os familiares que ligaram para o Ligue 132 – Central de atendimento sobre Drogas. No período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015, participaram do estudo 133 familiares, das 5 regiões do país. Os instrumentos utilizados para coleta de dados incluíram o *Protocolo geral de atendimento* do serviço que contempla as características sócio demográficas da amostra, *Protocolo de atendimento ao familiar*. O qual inclui características específicas para o atendimento de familiares, *Holyoake Codependency Index (HCI)* para avaliar as crenças e comportamentos codependentes, *Escala de Adesão Comportamental* para avaliar comportamentos relacionados à adesão ao acompanhamento e *Questionário de Fatores sobre Adesão* com questões referentes ao tratamento, à doença e ao familiar. Os principais resultados apontaram a prevalência do uso de álcool associado a baixa adesão de familiares ao tratamento ($p= 0,05$). Os fatores socioeconômicos não foram importantes a adesão. Destaca-se o predomínio de mulheres (91,7%) na amostra, em especial mães (82,7%) que ligaram solicitando ajuda para seus filhos usuários. Outro fator associado a não adesão, foi a baixa taxa de retenção ao serviço ($p= 0,00$). Dentre os fatores investigados, a substância utilizada pelo usuário e a baixa taxa de retenção ao serviço apresentaram associação com a não adesão dos familiares ao tratamento de telemedicina. Mesmo que não tenha sido encontrado uma associação clara entre a codependência e adesão, pressupõe-se que as crenças características do quadro de codependência foram fatores que interferiram na descontinuidade do tratamento.

Palavras-chaves: Codependência, Família, Adesão do Paciente, Telemedicina

ABSTRACT

The use of psychoactive substances is a complex phenomenon that causes significant harm to the user and also affects their family system. This disorder makes possible the development of physical and emotional suffering, diminished quality of life, interpersonal conflicts and financial destabilization of any member of the family system. The main objective of this study was to investigate possible factors that could interfere in the adherence of codependent relatives of a psychoactive substance user to teleintervention. A retrospective cohort was carried out with family members who called the Ligue 132 - Drug Assistance Center. From January 2013 to December 2015, 133 families from the 5 regions of the country participated in the study. The instruments used for data collection included the general Protocol of attendance of the servant contemplates the socio-demographic characteristics of the sample, Protocol of care to the relative. It includes specific characteristics for family care, Holyoake Codependency Index (HCI) to evaluate co-dependent behaviors and behaviors, Behavioral Compliance Scale to evaluate behavior related to adherence to follow-up, and Adherence Factors Questionnaire with questions regarding treatment, illness and the family. The main results indicate the prevalence of alcohol use associated with low family adherence to treatment ($p = 0.05$). Socioeconomic factors were not important for adherence, the predominance of women (91.7%) in the sample, especially mothers (82.7%), who called asking for help to their children users. Another factor associated with non-adherence was the low retention rate at the service ($p = 0.00$). Among the factors investigated, the substance used by the user and the low retention rate at the service were associated with the non-adherence of the family members to the telemedicine treatment. Even if a clear association between codependency and adherence has not been found, it is assumed that the beliefs characteristic of the codependence framework were factors that interfered in the treatment discontinuity.

Key-words: Codependency, Family, Patient adherence, Telemedicine

1 INTRODUÇÃO

1.1 Famílias que convivem com usuários de substâncias psicoativas

O sofrimento gerado ao sistema familiar decorrente do uso de drogas de um parente usuário, é um fenômeno universal com sintomas semelhantes em diferentes culturas (Copello et al., 2010; Kondo e Wada, 2009; Orford et al., 1998; Velleman e Templeton, 2003). Até o momento não se tem a prevalência a nível mundial de quantos familiares têm suas vidas prejudicadas em decorrência de um usuário de substância psicoativa. A falta deste dado, pode ser explicada pelo fato dos serviços de saúde especializados no tratamento de dependência química coletarem os dados somente dos usuários, sem qualquer informação da rede social próxima (Copello et al., 2010). A dependência química é altamente prevalente no mundo, cerca de 250 milhões de pessoas fazem uso de drogas (UNODC/2017). Estima-se que para cada usuário, de 2 à 5 membros do sistema familiar sofrem consequências negativas do consumo (Velleman e Templeton, 2003; Seadi e Oliveira, 2009).

No Reino Unido 8 milhões de indivíduos entre pais, cônjuges, filhos e irmãos de usuários, sofrem prejuízos em decorrência da dependência química de um familiar (Velleman e Templeton, 2003). No Irã, em média 4 milhões de homens adultos fazem uso de heroína e ópio, destes 50% são casados. Estima-se que 5 milhões de indivíduos têm suas vidas afetadas pelo consumo de substâncias no Irã (Panaghi et al., 2016; Ahmad- Abadi et al., 2017).

No Brasil mais de 8 milhões de pessoas (5,7% da população) fazem uso de álcool e ou outras drogas, estimando que 28 milhões de familiares tem consequências negativas em suas vidas ao conviver com um familiar usuário (Laranjeira et al, 2014).

O uso de substâncias psicoativas, está descrito na literatura com diferentes nomenclaturas como: “uso problemático”, “uso prejudicial” e também “dependência química”. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), classifica como: “Transtorno por Uso de Substâncias” e apresenta os seguintes critérios: Tolerância à substância, caracterizado pelo aumento da quantidade de substâncias ou diminuição dos efeitos; Esforços mal sucedidos para diminuição ou cessação do consumo; Muito tempo gasto para aquisição, utilização e recuperação dos efeitos;

problemas sociais e interpessoais decorrentes da continuidade do uso; Abandono de atividades sociais e profissionais; Risco a integridade física e Abstinência (DSM – 5, 2014).

Essas nomenclaturas referem-se a um nível elevado de consumo. No entanto sabe-se que os prejuízos ao sistema familiar são causados em níveis mais baixos de consumo de drogas, estimando-se assim que o número de pessoas afetadas no mundo seja muito alto (Velleman e Templeton, 2003; Copello et al., 2010). Os comportamentos dos usuários muitas vezes imprevisíveis, instáveis e negligentes quanto aos seus compromissos, priorizando o uso de substâncias, geram sentimento de ansiedade, decepção, perturbação e medo no sistema familiar. Assim a dependência química pode afetar negativamente os papéis dos membros, a rotina, a comunicação e a estrutura do sistema familiar (Velleman e Templeton, 2003). O uso de substâncias, deixa de ser entendido como uma doença individual e passa a ser uma doença familiar (Panaghi et al., 2016; Orford et al 2010).

Cônjuges, pais e as crianças são os principais afetados pelo uso de substâncias de um parente (Mendenhall; 1989). Copello et al, (2005) investigaram os impactos causados pelo uso de drogas, destacando os prejuízos gerados nas crianças, tanto no período da infância quanto na fase adulta. A infância marcada por experiências negativas, vivências violentas posteriormente podem desenvolver distúrbios comportamentais e emocionais, problemas escolares, maturidade precoce e maior dificuldade durante a adolescência. Filhos de usuários também estão mais propensos ao início precoce do uso de drogas (Velleman e Templeton, 2003; Copello et al., 2005).

Membros da família que tenham vínculo com dependente químico apresentam maiores chances de desenvolver estresse emocional e tensão física quando comparados com familiares que não tem o problema de uso de substâncias em seu sistema familiar (Bortolon et al., 2017). Aspectos de adoecimento em si mesmo são frequentemente relatados por familiares (Silva, 2015). Outros danos significativos causados aos familiares de usuários de drogas são: desestabilização financeira, violência doméstica, diminuição da qualidade de vida e alterações nas relações familiares como um todo, caracterizados por afastamento, rupturas ou conflitos entre os membros, fronteiras de relacionamentos distorcidas e falta de autonomia (Ançel e Kabakçi, 2009; Copello et al., 2002; Silva, 2015; Moreira et al., 2013).

Danos estes, que podem ser causados pelo dilema que os familiares enfrentam ao perceber o problema no sistema familiar e não saber como responder ao comportamento do uso de álcool e ou drogas do seu familiar (Orford et al, 2010)

O desenvolvimento de problemas físicos e emocionais em algum membro do sistema familiar é aumentado em casos de doença crônica na família. A dependência química é entendida como uma doença crônica, pela similaridade de fatores como herdabilidade genética, escolha pessoal e variáveis ambientais (McLellan et al., 2000). Estudo investigou os danos sofridos por familiares de dependentes químicos comparados aos danos sofridos por familiares de 2 outras doenças crônicas: diabetes tipo II e asma. Os resultados apontaram que o convívio com um dependente químico é uma experiência com consequências bastante singulares. Os familiares de usuários apresentaram maior risco de desenvolver depressão, vivências traumáticas, conflitos interpessoais e negligenciar o cuidado com as crianças, quando comparados aos familiares de asmáticos e diabéticos. Também apresentaram maiores custos com serviços de saúde do que o grupo de familiares diabéticos tipo II e asmáticos (Ray et al., 2009).

O desgaste emocional causado pelo convívio com um usuário de substâncias psicoativas causa o desenvolvimento de crenças e comportamentos disfuncionais que caracterizam o quadro de codependência. A prevalência de codependência em familiares de usuários de substâncias psicoativas chega a 71% (Bortolon et al., 2010).

1.1.1 Codependência

A literatura apresenta amplo espectro de definições de codependência. Porém ainda não existe uma teoria que tenha um consenso estabelecido entre os estudiosos da área. Grande parte das definições propõe-se a descrever a experiência de conviver com um parente que faz uso problemático de álcool e demais drogas; no entanto, não existe uma definição de critérios diagnósticos para codependência. Além da carência de estudos científicos para afirmar tais definições (Dear e Roberts, 2005; Dear e Roberts, 2000; Hands e Dear, 1994).

A origem do conceito de codependência está relatada na literatura como uma derivação do termo co-alcoólatra, que descrevia o comportamento das cônjuges de homens que faziam uso problemático de álcool, durante a década de 1940 nos Estados Unidos (Bacon, 2014). O termo também compreendia as crianças que cresciam com algum familiar que fazia uso abusivo de álcool (Dear & Roberts, 2000). O conceito de codependência é mais amplo do que o conceito de co-alcoólatra, e abrange qualquer membro do sistema familiar que sofra prejuízos decorrentes do uso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Hands e Dear (1994), sugeriram uma possível associação do surgimento do conceito com a criação do serviço Al-Anon, na década de 50, voltado para o acolhimento de familiares de usuários problemáticos de álcool, com a abordagem baseada nos mesmos 12 Passos do Alcoólicos Anônimos (AA) (Cermak, 1986).

A codependência já foi entendida por um viés transgeracional. A transgeracionalidade foi explicada pelo desenvolvimento de um estilo parental disfuncional, decorrente do convívio com um usuário de drogas em gerações anteriores. Como consequência a próxima geração sendo filhos de codependentes, estariam predispostos a desenvolver o padrão de comportamentos codependentes. Mesmo que na geração atual não exista nenhum membro da família que consuma de forma problemática substâncias psicoativas (Mendenhall, 1989).

Cermak (1986) publicou estudo estabelecendo critérios diagnósticos da codependência como Transtorno de Personalidade. Diferenciou traços de comportamentos codependentes comuns à maioria da população, de padrões inflexíveis, duradouros e desadaptativos, característicos do quadro psicopatológico. Os critérios propostos por Cermak (1986) para codependência foram: investimento contínuo em tentar controlar sentimentos e comportamentos do outro, diante de consequências negativas (exemplo, esforços para controlar os efeitos negativos causados pelo uso de substâncias); atender a necessidade do outro, preterindo suas próprias necessidades; confusão no estabelecimento de fronteiras no relacionamento interpessoal; tendência em relacionamentos com indivíduos com transtornos de personalidade e ou dependentes químicos; expressão de três ou mais das seguintes situações: depressão, ansiedade, compulsão, negação, abuso físico ou sexual recorrente, e ou relacionamento de pelo menos dois anos com usuário de substâncias sem buscar por ajuda (Cermak, 1986).

A codependência também já foi definida como uma causa de uma doença; ou como a própria doença; como conflitos psicológicos inconscientes desenvolvidos durante a infância; ou como um vício de relacionamento, resultante de tentativas fracassadas em controlar comportamentos, pensamentos e sentimentos do outro, como um vício no outro (Hands e Dear, 1994; Hemfelt et al., 1989; Bacon, 2014).

A codependência também já foi associada a: distúrbios alimentares, homossexualidade, problemas na relação entre profissionais da saúde e seus pacientes. O conceito foi usado para descrever diferentes tipos de relacionamentos considerados disfuncionais, inclusive em sistemas institucionais como escolas, igrejas e empresas (Bacon, 2014).

Outro ponto discutido foi a semelhança entre algumas características do quadro de codependência e a expectativa do papel da mulher na sociedade (Dear e Roberts, 2000). O principal argumento foi que as mulheres são treinadas para cuidar do outro, para atender as necessidades do outro, mais que os homens. Dear e Roberts (2002) investigaram a possível associação das crenças codependentes com a identidade de gênero feminino e masculino. Algumas características da codependência como foco no outro apresentaram associação com aspectos negativos do estereótipo feminino, como timidez, ansiedade e dependência. Para autossacrifício apontou associação com aspectos socialmente positivos do estereótipo feminino como nutrição e preocupação com o outro. Deste modo, evidenciou uma relação entre a expectativa do papel feminino e codependência (Dear e Roberts, 2002).

O conceito usado no presente estudo foi discutido por alguns autores, que apoiam a visão de que o quadro de codependência é uma consequência do estresse criado em conviver com um usuário de substâncias psicoativas. Os comportamentos e crenças desadaptativas surgiriam como estratégias de enfrentamento para mitigar os danos causados pelo uso de substâncias e manutenção do vínculo com o usuário (Mendenhall, 1989; Hands e Dear, 1994; Dear e Roberts, 2000; Panaghi et al., 2016; Young, 1987). Estes comportamentos desadaptativos quando colocados em prática na relação com o usuário podem tornar-se facilitadores do consumo (Rotunda et al., 2004)

A codependência é entendida como um conjunto de comportamentos disfuncionais, crenças desadaptativas e padrões emocionais conflituosos que podem ser

desenvolvido por qualquer membro do sistema familiar que convive com um indivíduo que faz uso abusivo de álcool ou drogas (Hands e Dear, 1994; Dear e Roberts, 2000).

Alguns sentimentos foram descritos na literatura e relatados por familiares codependentes de forma frequente, estes são: medo, desconfiança, culpa, raiva, impotência, fracasso, vergonha e vazio. Alguns comportamentos como: excesso de cuidado com o outro, descuido consigo, violência, também são frequentes em familiares codependentes (Silva, 2015; Hands e Dear, 1994; Cermak, 1986; Young, 1987).

A associação entre o quadro de codependência e baixa autoestima foi fortemente enfatizada, mostrando a tendência dos indivíduos codependentes em investir sua autoestima na resolução dos problemas e controlar o comportamento do outro (Hands e Dear, 1994; Cermak, 1986). A negação, mecanismo de defesa manifestado por meio da análise errônea da realidade, é outra característica comum da codependência. Este mecanismo de defesa reforça a crença de que o papel correto que o familiar necessita desempenhar em casos de uso de substâncias é o excesso de controle e cuidado com o usuário (Cermak, 1986). O desenvolvimento de depressão, ansiedade e doenças psicossomáticas, também foram associados a codependência (Hands e Dear, 1994; Cermak, 1986; Ançel e Kabakçi, 2009).

Algumas características do quadro de codependência são consenso em diferentes teorias, as quais foram agrupadas em três elementos principais: foco no outro, autossacrifício e reatividade (Dear & Roberts, 2005).

Foco no outro - Este elemento refere-se a necessidade do indivíduo em controlar o comportamento, pensamento e expectativa da outra pessoa; uma dependência excessiva do olhar do outro para aprovação e reconhecimento de sua identidade (Hands e Dear, 1994; Young, 1987; Dear & Roberts 2005). Os esforços para cuidar e controlar o comportamento do usuário de drogas podem gerar o desenvolvimento de problemas físicos, sobrecarga emocional e negligência de suas próprias necessidades (Bortolon et al., 2016).

Autossacrifício - Esforço exagerado para atender as necessidades do outro, negligenciando as suas próprias (Hands e Dear, 1994; Young, 1987). Pode haver uma associação entre maiores escores da crença de autossacrifício em familiares com traços de personalidade dependente ou maior dependência afetiva (Bortolon et al., 2010).

Reatividade - Crença em assumir a responsabilidade de controlar o comportamento do outro ou resolver o dano causado pelo comportamento de outra pessoa (Hands e Dear, 1994; Young, 1987). Em uma amostra de 505 familiares predominantemente composta por mães e esposas de usuário, o alto escore de reatividade apresentado foi associado ao comportamento que as mesmas desenvolveram em assumir as responsabilidades das consequências negativas do uso de substâncias. O que pode interferir no processo de cessação de consumo, ao impedir que o usuário identifique as consequências do seu próprio uso (Bortolon et al., 2016).

O tratamento da codependência mostra-se útil ao ajudar os familiares codependentes a identificar suas crenças, sentimentos e comportamentos disfuncionais desenvolvidos na relação com o usuário. Também auxilia no desenvolvimento de novas formas mais saudáveis de relacionamento com o usuário e com o ambiente (Copello et al., 2005; Ahmad- Abadi et al., 2017).

1.1.2 Tratamento do sistema familiar

O tratamento tradicional para dependência química é individualista (Li et al., 2015). Os modelos de intervenção tradicionais dão maior ênfase para fatores individuais, como: neuroadaptação e motivação para mudanças de comportamento do usuário. O ambiente social recebe atenção secundária e suporte limitado (Hudson et al., 2002; Copello et al., 2002; Copello et al., 2010). O entendimento de que existe cura para dependência química, e que isto depende única e exclusivamente do interesse do usuário foi relatado por familiares. Esta perspectiva reforça que o usuário é o responsável pelo início e pela cessação do uso de substâncias psicoativas, portanto o único com necessidade de receber tratamento (Silva, 2015).

Uma revisão da literatura apontou três tipos de intervenções mais amplas que englobam o sistema familiar em dependência química (Copello et al., 2005):

I) O trabalho de algum membro da família em conjunto com a equipe de saúde, com objetivo de aumentar a adesão daqueles usuários resistentes e diminuir a incidência do abandono ao tratamento (Orford et al., 1998; Santis et al., 2013; Copello, 2002. Roozen et al., 2010; Barber e Crisp, 1995);

II) Tratamento do usuário em conjunto com membros da família, com o foco na cessação do uso de substâncias psicoativas (Civita et al., 2000; Kondo e Wada, 2009; Schenker e Minayo, 2004; Seadi e Oliveira, 2009; López et al., 2013);

III) Tratamento por direito próprio de qualquer membro da família que sofra as consequências do uso de drogas. O foco deste é nas necessidades do familiar.

A intervenção por direito próprio é a menos frequente. Em média os familiares sofrem os prejuízos durante 8,8 anos sem procurar ajuda, sem qualquer tipo de suporte ou apoio (Copello et al., 2009).

Evidências apoiam que o bom funcionamento do sistema familiar é um fator de proteção e desempenha importante papel na prevenção, intervenção e reinserção social do usuário (Schenker e Minayo, 2004; Santis et al., 2013). Assim como o funcionamento disfuncional do sistema pode induzir ou reforçar o uso (Velleman et al., 2005; Schenker e Minayo, 2003). Familiares não são responsáveis pelo processo de cessação do uso. No entanto, a mudança de comportamento de um familiar pode influenciar a percepção do usuário em relação ao uso de substâncias e motivá-lo a mudança de comportamento (Copello et al., 2005). De acordo com o entendimento sistêmico, o tratamento da família é de grande relevância, pois ao mudar comportamentos desadaptativos de um membro conseqüentemente provocaria modificações em todo o sistema familiar (Osório et al., 2009). A mudança de comportamentos contraproducentes do familiar (exemplo: controle e punição), que acontecem sob a justificativa de proteção e cuidado, podem ser facilitadores para a mudança de comportamento do usuário (Barber e Crisp, 1995).

Familiares que receberam intervenções focadas em sua própria demanda apresentam uma melhora significativa para lidar com situações adversas ocasionadas pelo uso indevido de substâncias, ocorrendo uma diminuição dos sintomas depressivos e melhora no funcionamento do sistema familiar (Li et al. 2015; Copello et al., 2009). Mudanças pessoais e sociais foram identificadas em famílias que receberam tratamento cujo o foco foi a aprendizagem de novas habilidades e estratégias para promover a autoeficácia e autoestima, conduzindo a uma independência pessoal (Roozen et al., 2010)

A diminuição dos sintomas codependentes, foi evidenciada com familiares (n=325) que ligaram para Serviço Nacional de Telemedicina no Brasil, em busca de ajuda para lidar com a dependência química de seu familiar. Estes, foram randomizados: o grupo experimental recebeu o Modelo Teleintervenção e Acompanhamento de Familiares de Usuários de Drogas (MTAFUD), baseado nos princípios da Entrevista Motivacional e Estágios de Mudança, versus o tratamento usual. Os atendimentos foram realizados em 9 ligações estruturadas no decorrer de 6 meses. Ao longo do período os familiares diminuíram significativamente os comportamentos codependentes. O grupo que recebeu a intervenção MTAFUD apresentou duas vezes mais chances de diminuir os comportamentos codependentes quando comparado ao tratamento usual (Bortolon et al., 2016).

A diminuição dos danos no sistema familiar também foi evidenciada em uma amostra de 143 familiares afetados pelo uso de substâncias de algum parente usuário. Neste Ensaio Clínico Randomizado desenvolvido por Copello et al. (2009), que investigaram a eficácia de um modelo de intervenção de 5 sessões versus intervenção usual (psicoeducação). Os resultados demonstraram diminuição dos sintomas de estresse, depressão e ansiedade em ambos os grupos. Também houveram relatos dos participantes de mudanças na forma de lidar com o problema, maior conscientização sobre o uso e os danos causados, reconhecimento dos direitos e necessidades dos membros da família. Muitos passaram a alimentar-se melhor e diminuíram a quantidade de tabaco (Copello et al., 2009).

A adesão é um fator primordial para obtenção dos resultados esperados de qualquer tratamento (OMS, 2003). Portanto para que ocorra a diminuição dos sintomas codependentes, é extremamente importante que o familiar adote comportamentos que favoreça a adesão, como o comparecimento as sessões agendadas e a realização das mudanças acordadas com o profissional de saúde.

1.2 Adesão a tratamentos

O sucesso da intervenção terapêutica, a cura, o controle da doença crônica ou a prevenção de uma doença secundária depende diretamente da adesão ao tratamento. (Leite e Vasconcellos, 2003). Portanto o interesse dos estudiosos da área para entender

o processo de adesão iniciou há séculos. Revisão da literatura apontou que Hipócrates já investigava o comportamento dos pacientes, se haviam tomado a medicação ou não. Ao decorrer das décadas de 50, 60 e 70 houve um crescimento nos estudos sobre este tema e novos conceitos com algumas variações foram surgindo (Arlt et al., 2017; Vermeire et al., 2001).

A adesão inicialmente foi estudada sob o enfoque farmacológico e ainda na literatura tem o predomínio sob a manipulação farmacológica correta, medindo se a frequência e dosagem da ingestão de medicação corresponde ou não à prescrição médica (Leite e Vasconcellos, 2003; Miller et al., 1997). No entanto, o termo adesão compreende um conjunto de comportamentos acordados com o profissional de saúde a fim de desenvolver e manter melhor condição de saúde, diminuir sinais e sintomas das doenças e melhorar a qualidade de vida. Estes comportamentos podem ser, o seguimento de uma dieta, prática de exercícios, prática sexual segura, cessação do consumo de drogas, higiene pessoal, contracepção, dentre outros (Miller et al., 1997. OMS, 2003).

Diferentes termos descrevem o processo de adesão e cada um indica qual o papel do paciente no processo. *Compliance*, termo frequentemente utilizado na área médica e farmacêutica para designar o quanto os pacientes obedecem ou não às recomendações médicas. Este conceito está associado a aspectos negativos por sugerir que a posição do paciente é submissa e passiva em relação ao profissional da saúde que dita as prescrições. Qualquer comportamento desviante da prescrição é considerado uma desobediência por parte do paciente (Vermeire et al., 2001; Leite e Vasconcellos, 2003; Miller et al., 1997).

O termo *Adesão*, se origina do latim *adhaesione* com significado de acordo, união, aprovação e apoio (Silveira e Ribeiro, 2005). Passou a ser utilizado para identificar o papel ativo do paciente que tem a livre escolha de seguir ou não as recomendações terapêuticas. Segundo a OMS (2003), adesão é a postura que o paciente adota frente às combinações realizadas com o profissional da saúde. A aliança terapêutica é descrita na literatura como um preditor importante da adesão, no desenvolvimento de uma relação de cooperação e parceria, pondo fim na relação hierárquica entre o profissional da saúde e paciente (Dias et al., 2011; Miller et al., 1997; Leite e Vasconcellos, 2003; Raytek et al., 1999).

Não existe um método simples, preciso e padronizado para medir a adesão (Haynes et al., 1980; Arlt et al., 2017). Esta pode ser realizada de forma direta, considerado o método mais preciso (exemplo, medição com marcadores químicos em casos de fármacos) (Miller et al., 1997) ou de forma indireta, que analisa o processo em si, como entrevistas, questionários ou autorrelatos. A *retenção* também é um indicativo da adesão ao tratamento, medida pela presença dos indivíduos nas consultas e horários agendados, indicando a permanência ou abandono do tratamento (Ball et al., 2006). Diferentes formas de considerar adesão ou não, foram apresentadas na literatura. Haynes (1980) e Leite e Vasconcellos (2003) consideram adesão o seguimento de 80% das orientações médicas. Estudo estruturado com o número de sessões préestabelecidas consideram a adesão o cumprimento de 50% do tratamento (Postel et al., 2011). Neste caso, poderíamos chamar de adesão parcial, onde nem todas as recomendações são seguidas evidenciado pelo abandono do tratamento. Outro estudo apontou uma definição mais rígida de adesão, considerando a adesão total a realização de 100% das sessões agendadas (Bortolon et al., 2016). Em tratamentos psicossociais indicados para casos de transtornos mentais e psiquiátricos o grau de adesão é medido por três domínios: a presença nas sessões, o engajamento para mudança e a conclusão das tarefas terapêuticas (Gearing et al., 2014).

Para a OMS (2003) a adesão é um processo dinâmico, sujeito a flutuações no engajamento do paciente ao decorrer do tratamento e pode ser dividida em três momentos: início do tratamento, implementação dos comportamentos acordados com o profissional da saúde e descontinuidade do tratamento (Arlt et al., 2017). Os fatores determinantes da adesão foram organizados em 5 dimensões (OMS, 2003):

a. *Fatores socioeconômicos*: os fatores socioeconômicos como sexo, idade, escolaridade, renda familiar não são preditores da adesão isoladamente, mas algumas situações podem afetar o processo de adesão, como baixa escolaridade, analfabetismo, situação econômica ruim, localização geográfica distante de centros de tratamento.

b. *Sistema e equipe de saúde*: A aliança terapêutica é um fator extremamente relevante à adesão. Assim como a má comunicação entre os profissionais da saúde e paciente podem interferir na adesão.

c. *Fatores relacionados à doença:* A gravidade dos sintomas e da própria doença, nível de incapacidade, presença de comorbidades podem ser impeditivos para alta adesão;

d. *Fatores relacionados ao tratamento:* Complexidade e duração do tratamento que o paciente pode manter no dia a dia;

e. *Fatores relacionados ao paciente:* O conhecimento e as crenças que o paciente tem sobre a doença, sobre o tratamento e os possíveis benefícios da terapêutica ou comportamento a ser adotado. O apoio social, a aceitação da doença, a motivação no início do tratamento, a desenvolvimento de habilidades e recursos necessários para seguir as recomendações são fatores relevantes à adesão (OMS, 2003; Miller et al., 1997; Vermeire et al., 2001).

A não adesão é um importante obstáculo ao alcance dos objetivos terapêuticos. Tornou-se problema de saúde pública dito universal, associado ao aumento da morbidade e mortalidade e diminuição da qualidade de vida (Larrosa et al., 2013). A não adesão está relacionada ao não cumprimento das recomendações e ausência nas consultas (Dias et al., 2011). Estima-se que em países desenvolvidos a taxa média de não adesão seja de 50%, independente da doença e do tipo de tratamento, este percentual aumenta ainda mais nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

A adesão ao tratamento é extremamente importante para todas as doença, transtornos de saúde e para doenças crônicas torna-se fundamental (Dias et al., 2011). Doenças crônicas são caracterizadas pela evolução lenta e contínua. São causadas por alterações patológicas irreversíveis; produzem incapacidade e deficiências residuais e tem a presença de múltiplos fatores de risco (OMS, 2003; Maldaner et al., 2008). Geralmente o tratamento para estas é de longo prazo e necessitam de estratégias para a manutenção da adesão (Miller et al., 1997).

Como ocorre em todas as doenças crônicas, no tratamento de dependência química não é diferente; taxas de baixa adesão são extremamente altas e ainda mais elevadas do que outros transtornos psicológicos (Oene et al., 2007). A não adesão pode estar associada a problemas interpessoais, motivacionais, a presença de comorbidades ou relacionadas ao tipo de substâncias utilizadas (Ball et al., 2006). As taxas de não adesão a tratamentos psicossociais variam de 20% à 70% (Gearing et al., 2014), e 50% dos usuários abandonam o tratamento após a primeira consulta (López et al., 2013). O

abandono do tratamento é um problema recorrente e muito sério pois está diretamente relacionado com episódios de recaída do consumo da substância (López et al., 2013).

1.2.1 Adesão de familiares ao tratamento

Familiares que apresentam maior adesão em processos terapêuticos, são aqueles com maiores habilidades de autocuidado e ao final do tratamento apresentam melhores condições físicas, mentais e sociais para lidar com a doença crônica. (Larrosa et al., 2013).

No entanto, assim como a adesão ao tratamento para usuários de substâncias psicoativas configura-se em um processo extremamente difícil (Oene et al., 2007), de forma semelhante ocorre no tratamento para familiares. As taxas de não adesão são elevadas, chegando a 76% de abandono (Bortolon et al., 2016).

Há uma grande lacuna de estudos voltados para o tratamento da demanda do familiar (Copello et al., 2005). Assim como existe uma escassez de estudos que investiguem possíveis impedimentos da adesão do familiar a tratamentos por direito próprio.

Na adesão ao tratamento da drogadição, o sistema familiar representa uma estratégia para potencializar a adesão do usuário de substâncias psicoativas ao tratamento. Portanto o foco da intervenção é a demanda de cessação do uso de substâncias psicoativas do usuário (Civita et al., 2000; Kondo e Wada, 2009; Schenker e Minayo, 2004; Seadi e Oliveira, 2009; López et al., 2013). Ou seja, o sofrimento do familiar decorrente deste consumo recebe atenção secundária.

Os familiares necessitam de tratamento para amenizar os danos causados à sua saúde física e mental e também para desenvolver novas habilidades comportamentais para manutenção de vínculos saudáveis com o usuário (Hudson et al., 2002; Copello et al., 2005; Roozen et al., 2010). No entanto, para o tratamento ser eficaz e alcançar o objetivo terapêutico, a diminuição do sofrimento e melhora na qualidade de vida. É primordial que os familiares desenvolvam estratégias comportamentais favoráveis à adesão às intervenções.

1.3 Telemedicina

O serviço de telemedicina faz uso de progressos tecnológicos (linhas telefônicas, rádio, internet) para prestar atendimentos a saúde a distância (Eron, 2010). Os primeiros registros de diagnóstico a distância foram realizados na década de 1950, com a transmissão de eletrocardiogramas direto de navios (Soirefmann et al., 2008; Torres et al., 2010).

A prestação de serviços de saúde por meio de telemedicina, pode incluir informações e orientações sobre tratamentos e doenças aos pacientes e rede de apoio, realização de diagnósticos, consultas com profissional da saúde em tempo real e até mesmo a realização de cirurgias a quilômetros de distância do cirurgião, com o auxílio de robôs computadorizados (Eron, 2010; Torres et al., 2010).

A telemedicina possibilita a redução de barreiras geográficas para prevenção, realização de diagnóstico rápido e tratamento de doenças em populações de áreas rurais ou localizadas distantes de centros com assistência médica, ainda apresenta amplo alcance em populações com recursos limitados. Também oportuniza a realização de teleconferência entre especialistas localizados em diferentes lugares e o armazenamento e acesso digital de dados a distância. Outro recurso da telemedicina, é a tele- educação que possibilita a educação continuada dos profissionais da saúde. Ainda é importante salientar os baixos custos da telemedicina quando comparado aos serviços tradicionais (Eron, 2010; Torres et al., 2010; Soirefmann et al., 2008).

No Brasil as primeiras experiências em telemedicina aconteceram na década de 1990, mas somente a partir do ano 2000 que ocorreram importantes avanços com a implementação de ações governamentais e incentivos obtidos pelas agências fomentadoras de pesquisa (Khouri, 2003). Estas agências consideravam a telemedicina uma área importante de pesquisa à ser desenvolvida em universidades (Wen, 2008).

No tratamento de dependência química, os serviços de telemedicina representam um importante papel no processo de cessação de consumo de substâncias psicoativas. Ainda podem servir como serviço complementar de outras modalidades de intervenção, como no auxílio de prevenção a recaída (Wakefield, 2000). Estudos apontam resultados importantes na cessação do consumo de substâncias psicoativas

para aqueles usuários que buscaram pela teleintervenção, em uma amostra de 147 usuários de álcool, 70% daqueles que receberam a intervenção via linhas telefônicas haviam cessado o uso durante os 6 meses de acompanhamento (Signor et al., 2013). Resultados semelhantes foram achados para usuários de maconha, em uma amostra de 524 usuários de maconha, ao final do acompanhamento 73% haviam parado de fazer uso da substância (Fernandes et al., 2010). Em uma amostra de jovens usuários de crack, de 16 a 24 anos, daqueles que completaram o acompanhamento telefônico, 65% pararam o consumo de crack (Bisch et al., 2011).

O acompanhamento por meio de telemedicina também mostrou-se efetivo na diminuição de crenças codependentes de familiares de usuários de substâncias psicoativas. Após 6 meses de acompanhamento composto por 9 ligações, verificou-se que o grupo que recebeu a teleintervenção apresentou duas vezes mais chances de diminuir o escore de codependência (Bortolon et al., 2016).

Deste modo, fica claro que as intervenções baseadas em telemedicina podem apresentar resultados promissores no tratamento de dependência química, tanto de usuários quanto de seus familiares (Postel et al., 2011).

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A necessidade de tratamento para familiares de usuários de substâncias psicoativas é evidenciada pela gama de prejuízos causados em suas vidas (Hudson et al., 2002; Copello et al., 2005; Roozen et al., 2010). A adesão ao tratamento é primordial para obtenção do objetivo terapêutico (Leite e Vasconcellos, 2003).

Visto que a taxa de adesão encontrada, em estudo preliminar realizado com familiares de usuário de substâncias psicoativas que buscaram por acompanhamento por meio de telemedicina, foi de 24% (Bortolon et al., 2016), faz-se necessário mais estudos. Para verificar os possíveis motivos que resultaram na baixa adesão dos familiares ao acompanhamento telefônico do serviço Ligue 132 - Central de atendimentos sobre Drogas.

Portanto a identificação dos fatores de não adesão ao tratamento, poderá proporcionar o desenvolvimento de novas estratégias para aumentar o engajamento dos familiares à intervenções para codependência e conseqüentemente maiores mudanças de comportamento dos mesmos. O que gera melhorias na qualidade de vida do sistema familiar. Sendo assim, famílias com mudanças no comportamento, desenvolvem também relações de saúde aumentando a rede de apoio do usuário, potencializando a motivação e vinculação do usuário de substâncias psicoativas ao tratamento da drogadição, resultando em maiores chances de um prognóstico positivo ao usuário.

Além disto, há uma lacuna na literatura especializada em saúde mental que destaque a necessidade dos familiares em receber tratamento especializado e focado na demanda do familiar, o que resulta no sofrimento dos membros familiares sem uma rede de apoio suficiente (Copello et al., 2005). Outro fator que acentua a importância do desenvolvimento deste estudo é a escassez no Brasil (Seadi et al., 2009) de estudos direcionados a adesão ao tratamento de famílias de usuário de substâncias psicoativas por meio de telemedicina.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar fatores que possam interferir na adesão de familiares de usuários de drogas ao aconselhamento por meio de linhas telefônicas.

3.2 Objetivos específicos

Investigar a associação entre o sexo, a idade e o grau de parentesco do usuário;

Investigar os motivos da não adesão dos familiares de usuários ao serviço de telemedicina;

Explorar as taxas de retenção;

Analisar se os familiares fazem uso de substâncias lícitas ou ilícitas e se há relação com a sua adesão ao serviço;

Comparar se existe diferença na adesão entre o grupo controle e o grupo experimental.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMAD-ABADI F. K. et al. Effectiveness of Satir-Informed Family-Therapy on the Codependency of Drug Dependents' Family Members in Iran: A Randomized Controlled Trial. **JOURNAL OF EVIDENCE-INFORMED SOCIAL WORK**. 2017 <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1331147>.

AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM - 5** (5th. ed). Washington, DC: 2014.

ANÇEL G. e KABAKÇI E. Psychometric Properties of the Turkish Form of Codependency Assessment Tool. **Archives of Psychiatric Nursing**; Vol. 23, No. 6: pp 441–453, 2009.

ARLT A. D. Why current drug adherence programs fail: addressing psychological risk factors of nonadherence. **Curr Opin Psychiatry**; Vol.30:000–000, 2017.

BACON I. G.F. **An Exploration of the Experience of Codependency Through Interpretative Phenomenological Analysis**. Tese (Doutorado em Filosofia). College of Health and Life Sciences Brunel University, p.400. 2014.

BALL A.S. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. **Addictive Behaviors**; Vol. 3, 320 – 330, 2006.

BARBER J. G. CRISP B. R. The 'pressures to change' approach to working with the partners of heavy drinkers. **Addiction**; Vol. 90, 269-276, 1995.

BISCH, N. K. et al. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. **Revista Gaúcha Enfermagem**; Vol. 32(1):31-9; 2011.

BORTOLON C. B. et al. Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de usuários de drogas em um serviço de teleatendimento. **Revista da AMRIGS**; Vol. 54 (4): 432-436, 2010.

_____. Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**; vol. 6, n. 2, julho-dezembro 2013.

_____. Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. **Substance Use & Misuse**, 2016 A. DOI: 10.1080/10826084.2016.1223134

_____. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. **Ciência & Saúde Coletiva**; Vol. 21(1):101-107, 2016

BORTOLON C. B., FERIGOLO M., BARROS H. M. T. Families that Live with Disorders Related to Substances and Addiction. **J Drug Abuse**, 3:1. 2017 DOI: 10.21767/2471-853X.100044

CERMAK T. L. Diagnostic criteria for codependency. **Journal of Psychoactive Drugs**; Vol. 18(1), 1986.

CIVITA M. DOBKIN P. L. ROBERTSON E. A study of barriers to the engagement of significant others in adult addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**; Vol. 135–144, 2000.

COPELLO A, ORFORD J. Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence?. **Addiction**; Vol. 97, 1361–1363. 2002.

COPELLO A., VELLEMAN R. D. B., TEMPLETON L. J. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. **Drug and Alcohol Review**; Vol. 24, 369 – 385. 2005.

COPELLO A. et al. The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. **Addiction**; Vol.104, 49–58, 2009.

_____. The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. **Drugs: education, prevention and policy**; Vol. 17(S1): 63–74, 2010.

DEAR, G.; ROBERTS, C. The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. **Psychological Reports**; Vol.87, 991-1002, 2000.

_____. The relationships between codependency and femininity and masculinity. **Sex Roles**; Vol. 46, Nos. 5/6, 2002.

_____. The Validation of the Holyoake Codependency Index. **The Journal of Psychology**; Vol. 139(4):293-313, 2005.

DIAS A. M. et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica. **Revisão da Literatura Millenium**; Vol. 40: 201 – 21, 2011.

ERON Lawrence. Telemedicine: The Future of Outpatient Therapy? **Clinical Infectious Diseases**; Vol. 51, 224- 230, 2010.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provocado-pelo-uso-de-drogas--os-opioides-so-os-mais-prejudiciais -aponta-relatorio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html> Acesso em: 07/03/2018 às 11:00 horas.

FERNANDES, S.; et al. Brief Motivacional Intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users. **Addictive Behaviors**; Vol.35 750-755, 2010.

GEARING R. E. Strategies to Predict, Measure, and Improve Psychosocial Treatment Adherence. **Harvard Review of Psychiatry**; Vol. 22, N° 1, 2014.

HANDS M.; DEAR G. Co- dependency: a critical review. **Drug and Alcohol Review**; Vol.13, 437-445, 1994.

HAYNES R. B. et al. Can Simple Clinical Measurements Detect Patient Noncompliance?. **Hypertension**; Vol 2, nº 6, 1980.

HUDSON C. R. et al. Social adjustment of family members and significant others (FSOs) of drug users. **Journal of Substance Abuse Treatment**; Vol. 23: 171 – 181, 2002.

HEMFELT, R., MINIRTH, F. and MEIER, P. **Love is a choice. Recovery for codependent relationships**. Naville: Thomas Nelson Publishers. 1989.

KHOURI S. G. E. **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 247. 2003.

KONDO A. e WADA K. The Effectiveness of a Mutual-Help Group Activity for Drug Users and Family Members in Japan. **Substance Use & Misuse**; Vol. 44:472–489, 2009.

LARANJEIRA R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD)**, <https://inpad.org.br/lenad-familia/>, 2014. Acesso em: 11/03/2018 às 17:00 horas

LARROSA S. L. Quality of Life, Treatment Adherence, and Locus of Control: Multiple Family Groups for Chronic Medical Illnesses. **Family Process**; Vol. 52, No. 4, 2013. doi: 10.1111/famp.12034

LEITE S. N. VASCONCELLOS M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**; Vol. 8 (3): 775 – 782, 2003.

LI L. et al. An Intervention to Improve Mental Health and Family Well-Being of Injecting Drug Users and Family Members in Vietnam. **Psychology of Addictive Behaviors**. Vol. 28, No. 2, 607–613, 2014.

LÓPEZ M. J. C. et al. Predictors of retention in a drug-free unit/substance abuse treatment in prison. **International Journal of Law and Psychiatry**; Vol. 36, 264–272, 2013.

MALDANER C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha Enfermagem**; Vol. 29(4):647-53, 2008.

MCLELLAN A. T. et al. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. **American Medical Association**; Vol 284, nº.13, 2000.

MENDENHALL W. Co-dependency treatment. Special Issue: Codependency: Issues in Treatment and recovery. **Alcoholism Treatment**; Vol. 6:75-86, 1989.

MILLER N. H. et al. The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action. **Circulation**. Vol. 95:1085-1090, 1997.

MOREIRA T. C. et al. Quality of life users psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. **Ciência e Saúde Coletiva**; Vol. 18 970: 1953-1962, 2013.

OENE G. H. W. et al. Identification of Patients at High Risk of Noncompliance in Substance Dependence Treatment. **European Addiction Research**; Vol. 13:74–80, 2007.

ORFORD J. et al. Family Members Affected by a Close Relative's Addiction: the Stress-Strain-Coping-Support Model. **Drugs: Education, Prevention and Policy**; Vol. 17 (s1), pp. 36-43, 2010.

ORFORD J. et al. Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. **Addiction**; Vol. 93(12), 1799±1813, 1998.

OSÓRIO L C et al. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, p.350 (2009).

PANAGHI et al. Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. **Addict Health, Spring**; Vol 8, No 2, 2016.

POSTEL M. G. et al. Attrition in Web-Based Treatment for Problem Drinkers. **Journal of Medical Internet Research**. Vol 3, N°4, 2011.

RAY G. T., MERTENS J. R., WEISNER C. Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. **Addiction**; Vol.104, 203–214, 2009.

RAYTEC H. S et al. Therapeutic Alliance and The Retention of Couples in Conjoint Alcoholismo Treatment. **Addictive Behaviors**; Vol. 24, No. 3, pp. 317–330, 1999

ROOZEN H. G. WAART R. KROFT P. Community reinforcement and family training: na effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. **Addiction**; Vol. 105, 1729–1738, 2010. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x

ROTUNDA R. WEST L. O'FARREL T. J. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. **Journal of Substance Abuse Treatment**; Vol.26, 269–276, 2004.

SANTIS R. et al., A family outreach intervention for engaging young out-of-treatment drug users: Pre- versus post-treatment comparison. **Journal of Substance Abuse Treatment**; Vol. 44, 61–70, 2013.

SCHENKER M., MINAYO M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**; Vol. 8(1): 299- 305, 2003.

SCHENKER M., MINAYO M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão literária. **Caderno de Saúde Pública**; Vol.20 (3):649-659, 2004.

SEADI S M. S. et al. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicologia Clínica**; Vol. 21, n.2, p363 - 378, 2009.

SIGNOR, L. et al. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 35:254–261; 2013.

SILVA N. J. C. **A compreensão da família sobre o usuário de substâncias psicoativas**. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

SILVEIRA L. M. C. RIBEIRO V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**; vol.9, n.16, p.91-104, 2005.

SOBRAL C. A. PEREIRA P. C. A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. **Revista Fafibe On-Line** - ano V – Vol.5, 2012.

SOIREFMANN M. et al. Telemedicina: uma revisão da literatura. **Revista HCPA**; Vol. 28 (2): 116-9; 2008.

TORRES, E. O. S. LUGO, L. M. FERNANDÉZ, M. J. HERNÁNDEZ, R.M. Telemedicina: ¿futuro o presente? **Revista Habanera Ciência Médica**; Vol. 9(1)127-139, 2010.

VELLEMAN R. TEMPLETON L. Alcohol, Drugs and the Family: Results from a Long-Running Research Programme within the UK. **Eur Addict Res**; Vol. 9:103–112, 2003. DOI: 10.1159/000070978

VELLEMAN R. TEMPLETON L. COPELLO A. G. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. **Drug and Alcohol Review**; Vol. 24, 93 – 109, 2005.

VERMEIRE E. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**; Vol.26, 331±342, 2001.

YOUNG E. Co-alcoholism as a Disease: Implications for Psychotherapy. **Journal of Psychoactive Drugs**; Vol.19:3, 257-268, 1987. DOI:10.1080/02791072.1987.10472410

WAKEFIELD M. BORLAND R. Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns. **Tob Control**; Vol.9 (2):117-54, 2000.

WEN C. L. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil. **Informática Pública**; Vol. 10 (2): 07-15, 2008.

World Health Organization. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva; 2003 [citado 2010 Nov 23]. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

5 ARTIGO

Artigo a ser traduzido para o inglês e submetido à revista SUBSTANCE USE & MISUSE

Investigação de Fatores Associados à Baixa Adesão ao Tratamento da Codependência de Familiares de Usuários de Substâncias Psicoativas

Heloisa Praça Baptista, Psicóloga, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Cassandra Borges Bortolon, Psicóloga, Pós-Doutoranda - PPG- Psiquiatria e Psicologia Médica. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Tais de Campos Moreira, Fonoaudióloga, Pós-doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Helena Maria Tannhauser Barros, Médica, professora titular na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Coordenadora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso indevido de drogas – 132 – Central de Atendimento sobre Drogas.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), RS, Brasil.

Autor Correspondente: Heloisa Praça Baptista

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 900150-170. Telefone/Fax: 55-51- 3303-8764

E-mail: psico.heloisabaptista@gmail.com

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar possíveis fatores impeditivos da adesão ao tratamento de codependência. **Métodos:** Realizou-se um estudo de coorte retrospectiva, com 133 familiares de usuários de substâncias psicoativas que ligaram para o Ligue 132, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015, das 5 regiões do Brasil. Os instrumentos utilizados foram: *Protocolo geral de atendimento* que contempla as características sociodemográficas, *Protocolo de atendimento ao familiar* que inclui características específicas para o atendimento de familiares, *Holyoake Codependency Index* para avaliar as crenças e comportamentos codependentes, *Escala de Adesão Comportamental* para avaliar comportamentos relacionados à adesão ao acompanhamento e *Questionário de Fatores sobre Adesão* com perguntas abertas referentes ao tratamento, à doença e ao familiar. Foram realizadas análises univariadas dos dados para as variáveis categóricas e teste Qui-quadrado para comparação entre as variáveis, $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra apresentou o predomínio de mulheres (91,7%), em especial de mães (82,7%) que ligaram pedindo ajuda para seu filho usuário. A prevalência do uso de álcool mostrou associação significativa com a baixa adesão de familiares ao tratamento ($p = 0,05$). Outro fator associado a não adesão, foi a baixa taxa de retenção ao serviço ($p = 0,00$). **Conclusões:** Dentre os fatores investigados, a substância utilizada pelo usuário e a baixa taxa de retenção ao serviço apresentaram associação com a não adesão dos familiares ao tratamento de telemedicina. Mesmo que não tenha sido encontrado uma associação clara entre a codependência e adesão, infere-se que as características da codependência, como foco no outro e autossacrifício foram fatores importantes para não adesão ao tratamento.

Palavras-chaves: Codependência, Família, Adesão do Paciente, Tratamento, Telemedicina.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to investigate possible factors that impede adherence to codependency treatment. **Methods:** A retrospective cohort study was carried out with 133 family members of psychoactive substance users who joined the Ligue 132. From January 2013 to December 2015, from the 5 regions of Brazil. The instruments used were: General protocol of care that includes the sociodemographic characteristics, protocol of care to the family member that includes specific characteristics for the care of relatives, Holyoake Codependency Index to evaluate the beliefs and behaviors codependentes, Scale of Behavioral Compliance to evaluate behaviors related to adherence to follow up and Questionnaire on Adherence Factors with open questions regarding treatment, illness and family. Univariate analyzes of the data were performed for the categorical variables and Chi-square test for comparison between the variables, $p < 0.05$. **Results:** The sample shows the predominance of women (91.7%), especially mothers (82.7%) who called for help for their child. The prevalence of alcohol use showed a significant association with low family adherence to treatment ($p = 0.05$). Another factor associated with non-adherence was the low retention rate at the service ($p = 0.00$). **Conclusions:** Among the factors investigated, the substance used by the user and the low rate of retention at the service were associated with the non adherence of the family members to the telemedicine treatment. Even if a clear association between codependency and adherence has not been found, it is inferred that the characteristics of codependence, such as focus on the other and self-sacrifice, were important factors for noncompliance with treatment.

Key-words: Codependency, Family, Patient compliance, Treatment, Telemedicine.

Introdução:

O uso de substâncias psicoativas além de causar prejuízos importantes na vida do usuário também afeta seu sistema familiar. Recente Relatório publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime UNODC (2017), indicou que cerca de 29,5 milhões de pessoas no mundo fazem uso problemático de drogas. Para cada usuário estima-se que 2 à 5 membros da família sejam afetados, podendo haver milhares de pessoas em sofrimento (Velleman e Templeton, 2003; Ravazzola et al., 1997; Seadi e Oliveira, 2009). O Brasil tem mais de 8 milhões de pessoas que fazem uso de álcool e ou outras drogas (5,7% da população) e, surpreendentemente, estima-se haver em torno de 4 familiares que sofrem as consequências negativas de conviver com um familiar usuário (Laranjeira et al., 2014).

O sofrimento causado aos familiares é descrito de forma semelhante em diferentes culturas. Sintomas de doenças físicas e psicológicas, alteração nas relações familiares, situações de violência e problemas econômicos foram descritos por familiares que convivem com um usuário de substâncias de diferentes países. (Copello et al., 2010; Arcidiacono et al., 2009; Orford et al., 2007; Panaghi et al., 2016; Campos e Soares, 2005; Bortolon et al., 2016). As estratégias de enfrentamento para se relacionar com o usuário também são similares. Comportamentos mal-adaptativos, como: foco exagerado no outro, desejo por controle, autonegligência e autossacrifício, apresentados sob a justificativa de cuidado e dedicação; o que reforça no familiar sentimento de medo, culpa, desconfiança e baixa autoestima. Sentimentos característicos do quadro de codependência (Bortolon et al., 2010; Orford et al., 2013; Arcidiacono et al., 2009; Panaghi et al., 2016; Campos e Soares, 2005; Dear & Roberts, 2000).

A necessidade de tratamento aos familiares é evidenciada pela gama de sintomas físicos e psicológicos apontados em inúmeros os estudos (Hudson et al., 2002; Copello et al., 2005; Roozen et al., 2010). As intervenções direcionadas às demandas específicas dos familiares que são afetados pelo uso problemático de substâncias, são efetivas na diminuição dos sintomas físicos e psicológicos dos mesmos (Copello e Orford, 2002. Bortolon et al, 2016). As intervenções breves demonstraram eficácia com a diminuição de sintomas como ansiedade e depressão (Copello e Orford, 2002) e a diminuição de comportamentos codependentes de familiares que aderiram a intervenção motivacional por meio de telemedicina (Bortolon et al, 2016). Além disso, a elaboração de estratégias de enfrentamento e mudanças de comportamento mal-adaptativos dos

familiares, potencializa a rede de apoio saudável para o usuário. Isto pode resultar em um aumento da motivação e vinculação do usuário de drogas ao tratamento da dependência química, resultando em maiores chances de um prognóstico positivo ao usuário (Schenker et al., 2004; Bortolon et al., 2010).

A adesão é um fator primordial à qualquer tratamento, seja farmacológico ou não, e determinante para sua eficácia. Além disso, é um processo complexo e difícil de ser medido (OMS, 2003). Relaciona-se a postura do paciente frente as combinações acordadas com o profissional de saúde (Moraes et al., 2009; Reiners et al., 2008). Também, já foi entendida somente como uma resposta ao tratamento farmacológico, porém este termo abrange uma gama de comportamentos relacionados à melhoria da condição de saúde e qualidade de vida do paciente (Gusmão et al., 2006; OMS, 2003). O comparecimento às consultas agendadas e a mudança de hábitos como: dieta, exercício físico, sexo seguro ou parada de consumo de substâncias psicoativas. São exemplos de comportamentos prescritos por um profissional da saúde que visam diminuir sintomas de doenças e aumentar a eficácia das intervenções (Moreira et al., 2014; Liberato et al., 2014).

Em prescrições e acompanhamentos via telemedicina, o abandono do tratamento tende a ter altas taxas (Moreira et al., 2014; Postel et al., 2011). Eysenbach (2005) dividiu a adesão de acompanhamentos via telemedicina em dois processos diferentes: retenção ao tratamento e adesão ao tratamento. Retenção, refere-se a permanência do indivíduo na teleintervenção. Adesão é a medida que o paciente segue ou não as combinações realizadas durante a intervenção (Ball et al., 2006; APA, 2006). As duas medidas podem estar estreitamente relacionadas. A baixa retenção indica que o paciente perdeu o interesse no acompanhamento, portanto também pode não estar realizando as combinações terapêuticas. No entanto, o paciente pode ficar retido no acompanhamento, mas não realizar os comportamento acordados, não aderindo a intervenção (Eysenbach, 2005) ou pode não mais fazer acesso ao acompanhamento, mas aderir as mudanças de comportamentos.

A adesão ao tratamento no uso de substâncias psicoativas constitui-se em um processo complexo e desafiador à equipe de saúde (Oene et al., 2007). A baixa adesão leva a menor eficácia nos processos terapêuticos e é medida pela alta taxa de abandono ao tratamento tanto por usuários quanto por seus familiares (Moreira et al., 2014; OMS, 2003). Em um ensaio clínico realizado com o objetivo de investigar efetividade de

intervenção para mudanças nos comportamentos codependentes dos familiares após 6 meses de teleintervenção, verificou uma taxa de não adesão de 76% (Bortolon et al., 2016). A identificação dos fatores de não adesão ao tratamento, facilitará o desenvolvimento de novas estratégias para aumentar o engajamento dos familiares e conseqüentemente maiores mudanças de comportamento dos mesmos, proporcionando melhora na qualidade de vida. Sendo assim, famílias com mudanças no comportamento, desenvolvem relações de saúde aumentando a rede de suporte do usuário, potencializando a motivação e vinculação do usuário de drogas ao tratamento da drogadição, resultando em maiores chances de um prognóstico positivo ao usuário.

O objetivo deste estudo foi investigar os fatores que podem interferir na adesão a uma intervenção motivacional por meio de telemedicina para diminuir a codependência de familiares de usuários de substâncias psicoativas.

Metodologia

Realizou-se um estudo de coorte retrospectiva, composta por uma amostra de 133 familiares afetados pelo uso de substância psicoativa do familiar, que solicitaram ajuda para lidar com seu familiar usuário por meio de ligações para o Serviço de telemedicina Ligue 132 – Central de Atendimento sobre Drogas. O Ligue 132 é um serviço que oferece aconselhamento telefônico de forma gratuita e anônima, que atende às 5 regiões do Brasil. Presta orientações sobre as características das substâncias psicoativas, seus mecanismos de ação no organismo e formas de prevenção do uso problemático. Além disso, informa sobre locais de atendimento disponíveis em cada localidade, como centros de tratamento e grupos de autoajuda para usuários e também para familiares (Machado et al., 2012; Fernandes et al., 2010). Os familiares procuram o serviço em busca de orientação e aconselhamento de como lidar com o familiar usuário (Bortolon et al., 2016). Os atendimentos e coleta de dados foram realizados por acadêmicos da área da saúde que recebem treinamento prévio e continuado em neurociências, Intervenção Breve Motivacional, dependência química, manejo com o cliente e habilidades no atendimento telefônico (Barros et al, 2008). Os atendimentos foram supervisionados por profissionais da área da saúde pós-graduandos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Foram analisados 2.704 protocolos registrados no período de janeiro de 2013 à dezembro de 2015. Considerou-se familiares, os pais, irmãos, cônjuges ou pessoas que vivem em união estável, filhos, avós, tios, primos e sobrinhos, com idade superior a 18 anos e que aceitaram participar de forma voluntária após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo os protocolos dos familiares de usuários somente de tabaco, aqueles protocolos de atendimento da primeira ligação incompleto e trotes, familiares sob efeito de alguma substância que possa comprometer o julgamento ou que tiveram muita dificuldade na compreensão das escalas. O procedimento de coleta de dados foi realizado em dois momentos: 1º) Análise retroativa dos protocolos gerados nos anos de 2013, 2014 e 2015: que já continham os dados sociodemográficos dos familiares e os escores da *Holyoake Codependency Index- HCI* (Dear e Roberts 2005) referentes a cada ligação realizada e os dados dos familiares que haviam completado ou abandonado o acompanhamento, inclusive a última ligação realizada; 2º) Realização das ligações pró-ativas, para todos os números ocorrerem no mínimo três tentativas em diferentes horários antes de descartar o protocolo. Nas ligações de sucesso foi novamente aplicado a HCI e realizou-se a aplicação dos instrumentos referentes a adesão: Escala de Adesão Comportamental e Questionário de Fatores sobre Adesão. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (nº parecer 2.035.980).

Instrumentos

O Protocolo geral de atendimento gerado pelo *Software* específico do LIGUE 132, este armazena os dados sociodemográficos: sexo, idade, profissão, estado civil, renda familiar e Estado do qual foi realizada a chamada. Também contém informações sobre os tipos de substâncias utilizadas, histórico de consumo, data, hora e duração da chamada, informações sobre busca de ajuda prévia, realização de atendimento médico, psicológico ou psiquiátrico e utilização de medicação.

O Protocolo de atendimento ao familiar que inclui a informação sobre o grau de parentesco com o usuário, indica se o familiar faz uso de alguma substância psicoativa, informa o sexo e a idade do usuário de substância psicoativa (Bortolon et al., 2010).

Holyoake Codependency Index (HCI) (Dear & Roberts, 2005) a qual avalia o grau de crenças e comportamentos codependentes, composta por 13 itens em uma escala do tipo Likert expondo nível de 5 pontos de concordância entre: concordância total à discordância total. HCI é dividida em três subescalas de elementos característicos da codependência: a) Foco no outro - manifestado quando o familiar ajusta seus próprios comportamentos pela opinião, expectativas e comportamentos do outro; b) Autossacrifício - caracteriza-se pela negligência de suas próprias necessidades para atender às necessidades do outro; c) Reatividade - crença de ser responsável por controlar o comportamento do usuário e resolver ou amenizar os danos causados pelo uso da droga, de solucionar o problema do outro (Dear & Roberts, 2005). O escore pode variar de 3 a 15 pontos. Quando a pontuação for $\geq 9,7$ será o ponto de corte indicativo de alta codependência (Bortolon C. et al, 2010).

Escala de Adesão Comportamental, identificou questões comportamentais relacionadas à adesão ao acompanhamento telefônico: como dificuldade em lembrar das datas ou incômodo de realizar as ligações agendadas do acompanhamento, fatores relacionados ao próprio bem-estar quando recebia a teleintervenção e motivos relacionados à condição de consumo do usuário. Esta escala foi desenvolvida com base na Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) utilizada para medir a adesão a medicamentos em pacientes hipertensos (Morisky et al., 2008. Oliveira Filho et al., 2012), com versão validada no Brasil (Oliveira Filho et al., 2014).

Questionário de Fatores sobre Adesão composto por 10 perguntas qualitativas, norteadas pelos fatores apontados pela OMS (2003) como sendo determinantes à adesão, organizados em 5 dimensões: fatores relacionados ao paciente, ao tratamento, à doença, socioeconômicos e fatores referentes ao sistema e equipe de saúde. Portanto foram investigados aspectos positivos e negativos do serviço oferecido por meio de ligações telefônicas, a forma de atendimento, postura dos profissionais, fatores relacionados à conduta do usuário e as substâncias consumidas bem como aspectos relacionados à saúde do familiar. As respostas relatadas pelos familiares foram posteriormente categorizadas em respostas binárias (sim ou não). Para categorizar os aspectos positivos citados pelos familiares foram estabelecidos os seguintes descritores: Orientação, Disponibilidade, Acessibilidade, Acolhimento, Anonimato, Confiança, Profissionalismo, Gratuito, as quais foram submetidos a um júri técnico para avaliar sua

coesão: *Orientação* para aqueles familiares que citaram ter recebido orientações, explicações, informações, dicas e aconselhamentos; *Disponibilidade* para aqueles que mencionaram o atendimento 24 horas disponível; *Acessibilidade* quando falaram na praticidade e facilidade da comunicação; *Acolhimento* quando os familiares citaram ter recebido apoio, suporte, cuidado, força, motivação, ajuda, escuta com respeito, atenção e preocupação; *Anonimato* quando expuseram como positivo não ter contato visual, sigilo, preservação da identidade e diminuição do sentimento de vergonha; *Confiança*, quando os familiares sentiram-se seguros para falar, expor seus sentimento e preocupações sem julgamento; *Gratuito*, questões associadas ao fato do serviço não ter custo algum para quem busca ajuda; *Profissionalismo*, quando citaram a qualidade do atendimento, profissionais capacitados e competentes.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi conduzida utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Foram realizadas análises univariadas para as variáveis categóricas e as comparações entre as variáveis foram executadas por meio do teste Qui-quadrado.

Foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados

O número total de ligações registradas de atendimento ao familiar no Ligue 132, no período de 2013, 2014 e 2015 foram de 2.704 protocolos. Durante a análise destes, 910 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão. Dos 1.794 protocolos selecionados para a realização das ligações pró-ativas, 133 ligações foram completadas com sucesso, constituindo-se na amostra do presente estudo ($n = 133$).

A amostra foi predominante do sexo feminino (91,7 %), 70% com idade igual ou maior a 45 anos que buscaram ajuda referente ao uso de substância psicoativa para um familiar do sexo masculino (82,7%) com idade igual ou superior a 25 anos (66,4%). Em relação ao grau de parentesco mais de 65% dos familiares foram mães, seguida por 13,5% de demais membros do sistema familiar tio (a), primo (a) e avô (ó), e 9,8 % de cônjuges. Quanto ao consumo de substâncias do próprio familiar, a prevalência do uso de tabaco (23,3%) foi maior do que de álcool (14,3%), conforme descrito na tabela 1.

As queixas relacionadas aos danos em sua própria saúde foram relatadas com as seguintes frequências: problemas psicológicos (52,3%), problemas físicos (29,5%) e sofrimento físico e psicológico (18%). Ter recebido diagnóstico de depressão (53,4%) entre os transtornos psicológicos mais frequente.

Na avaliação das crenças e comportamentos codependentes da primeira ligação 64% dos familiares apresentaram alta codependência, a partir da segunda ligação pode-se observar uma diminuição da alta codependência (49%). A diminuição se manteve na ligação pró-ativa somente 35% dos familiares apresentaram alta codependência. O percentual de 77% da amostra baixou o escore de codependência quando comparado, ao escore da HCI da primeira ligação realizada ao serviço e a aplicação da escala na ligação pró ativa (Figura 1).

O percentual de retenção da amostra foi de 10%. Quando comparada ao desfecho de adesão. O resultado apresentou significância estatística relacionada a baixa adesão ($p= 0,000$). Não foi encontrada associação entre as variáveis sócio-demográficas e adesão (tabela 2).

Quanto a substância consumida pelo usuário, a mais prevalente foi o álcool (80%), seguida por tabaco (62%), maconha (45%), crack (44%) e cocaína (40%). A utilização do álcool apresentou significância estatística quando associado a baixa adesão dos familiares ao acompanhamento ($p= 0,05$), (tabela 5).

Em relação aos fatores relacionados ao serviço, o fato de ser disponibilizado via telefone e a mudança de profissionais em cada ligação não apresentou associação com a adesão. Para as variáveis que mediram pontos positivos do acompanhamento, os familiares que não mencionaram orientação ($p= 0,05$) e disponibilidade do serviço ($p= 0,02$) apresentaram associação significativa com baixa adesão, conforme tabela 7.

Discussão

Destaca-se que dentre os fatores investigados que podem interferir na adesão a uma intervenção motivacional ao tratamento de familiares, o consumo de álcool do usuário foi o que apresentou relação com a baixa adesão ao acompanhamento por meio de telemedicina. Este achado corrobora com estudo que avaliou a adesão de familiares de usuários de álcool ao tratamento face a face e encontrou alta taxa de abandono (Arico

et al., 1994). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos com usuários de álcool em intervenção por meio de telemedicina (Signor et al., 2013; Postel et al., 2011), o que pode ser um indício de que o álcool, por ser uma substância socialmente aceita, pode interferir na adesão ao tratamento (Azevedo e Silva, 2013), tanto dos usuários quanto dos familiares codependentes. O abandono ao tratamento dos familiares também pode estar relacionado a identificação de crenças mal-adaptativas, enquanto o familiar manteve durante um longo período a visão distorcida de que estava ajudando o usuário a cessar o consumo. Durante o tratamento fica evidenciado que essas crenças ser facilitadoras, podendo reforçar o consumo do álcool e interferir no tratamento dos usuários (Rotunda et al., 2004). Outro fator importante que interfere na adesão ao tratamento é a crença de uma cura imediata por parte do familiar. Estes acreditam que ao iniciar um tratamento ocorrerá uma solução mágica que resolverá os problemas (Bortolon et al. 2016). Com a dificuldade de mudar o funcionamento familiar ou ocorrência recaída por parte do usuário, os familiares apresentam maior dificuldade em tolerar a frustração, reforçando a crença de que o tratamento não está apresentando resultados positivos e com isso o abandonam (Vermeire et al., 2001; Zemel, 2001).

Em relação aos fatores socioeconômicos investigados não apresentaram significância para a adesão, neste estudo. Resultado semelhante com outros estudos que não encontraram associação entre dados socioeconômicos e adesão ao tratamento (Wahl et al., 2004; Vermeire et al., 2001; Seadi e Oliveira, 2009). Uma característica frequentemente evidenciada na literatura em relação a familiares codependentes (Sakiyama et al., 2015; Bortolon et al., 2016; Azevedo e Silva, 2013), e que se repetiu nesta amostra, foi a predominância do sexo feminino, especialmente maior prevalência de mães (65%). Este resultado diferencia-se do registrado pelo levantamento nacional realizado em 2014, onde foi encontrado a prevalência de 46,5% de mães empenhadas em resolver o problema do uso de drogas do seu filho (Laranjeira, 2014). Este dado aponta para a necessidade de os serviços de saúde atentarem-se às mulheres, que apresentam maior sofrimento e sobrecarga de tarefas, somando a rotina de cuidados com o outro e as atividades cotidianas (Campos e Soares, 2005; Laranjeira, 2014).

A sobrecarga emocional, a gravidade dos sintomas psicológicos e a frequência que estes foram relatados podem ser indicadores da baixa adesão (Vermeire et al., 2001; Campos e Soares, 2005). Convém salientar que já foi visto na literatura que sintomas depressivos são fatores preditivos para baixa adesão em outras doenças (Arlt et al.,

2017; APA, 2006). A depressão foi o diagnóstico mais frequente relatado pela amostra estudada, mas não apresentou associação com a adesão. Outro fator que podemos supor como impeditivo da adesão é a alta codependência dos familiares quando realizaram a primeira ligação ao serviço. As queixas de cansaço intenso, privação de sono, preocupação, foram sinais e sintomas relatados pelos familiares e muito semelhantes a estudos já existentes na área (Bortolon et al., 2016; Sakiyama et al., 2015) demonstrando o sofrimento destes familiares. Este sofrimento pode perdurar durante anos: foi descrita uma média de 9 anos de sofrimento por familiares com danos causados pelo uso de substância de um parente, sem buscar por qualquer tipo de ajuda (Copello et al., 2009).

O resultado de baixa adesão dos familiares ao acompanhamento por meio de telemedicina encontrado no presente estudo está em consonância com outros estudos (Bortolon et al., 2016; Postel et al., 2011; Moreira et al., 2014). A descontinuidade do acompanhamento já foi vista inclusive como uma característica natural e típica dos serviços que utilizam avanços tecnológicos para prestar atendimento à saúde (Eysenbach, 2005). A intervenção por telefone ocasionou uma diminuição importante dos níveis de codependência. Um número significativo da amostra (77,4%) diminuiu a codependência quando foi comparado o escore da primeira e da última ligação, apesar da baixa adesão. Evidenciou-se que não há uma associação clara entre diminuição dos níveis de codependência e adesão. A medida da adesão é um processo complexo (Haynes et al., 1980; Arlt et al., 2017), sem uma forma padrão estabelecida. Ao considerar o processo de adesão além da continuidade dos telefonemas, com a realização dos acordos terapêuticos, pode-se perceber que ocorreu redução do escore de codependência, portanto os familiares estiveram aderindo a intervenção, mesmo não fazendo os acessos agendados. Eysenbach (2005) em seu estudo sobre adesão a telemedicina, denominou de “meia vida de uso” ou seja, “eficácia de usabilidade”, referindo-se aos bons resultados obtidos enquanto os pacientes estão aderindo a intervenção. Esse resultado apoia achados da efetividade da Teleintervenção Motivacional no tratamento de familiares codependentes, que se mostrou efetivo por meio da mudança de comportamento dos codependentes, o que resultou em duas vezes mais chances em diminuir os escores de codependência, apesar da taxa de 76% de abandono (Bortolon et al., 2016).

No entanto, a retenção ao serviço influencia a adesão. Tanto é, que a baixa taxa de retenção apresentou associação significativa com a baixa adesão, demonstra o abandono do tratamento no decorrer dos 6 meses de teleintervenção pré-agendada, resultado consistente com estudos desenvolvidos na área de dependência química com alto índice de abandono ao tratamento (Bortolon et al., 2016; Signor et al., 2013; Postel et al., 2011; Moreira et al., 2014).

Quanto a fatores associados ao serviço, os únicos apontados referiam-se a disponibilidade do serviço ser 24 horas e a prestação de orientação de como lidar com seu familiar usuário. No entanto, para nossa surpresa, quando mencionados pelos familiares, apresentaram associação negativa a adesão. É bastante difícil explicar estes resultados. Podemos conjecturar que os familiares pensavam poder acessar os serviços a qualquer momento necessário e, portanto, deixavam de ligar nos momentos acordados. No entanto, esta hipótese necessita de mais investigação.

Para a associação entre a prestação de orientação e baixa adesão, sugere-se que as crenças que o familiar apresenta sobre o uso de substância psicoativa pode ser determinante da adesão. Muitos familiares entendem o uso somente como um problema temporário, externo ao meio familiar, tem dificuldade na aceitação de que a dependência química está instalada e que os membros da família também precisam de apoio (Sakiyama et al., 2015; Azevedo e Silva, 2013), sabe-se que a aceitação da doença é um pré-requisito à adesão (Arlt et al., 2017). As diferentes percepções do problema e as expectativas em relação ao tratamento também podem influenciar na adesão (Wahl et al., 2004). A orientação fornecida aos familiares codependentes tem como objetivo auxiliá-los no entendimento de como se deu o desenvolvimento das crenças e comportamentos desadaptativos, e propicia o planejamento de mudanças comportamentais. Este processo de esclarecimento pode ter sido percebido como uma experiência invalidante da tentativa de ajuda do familiar para com o usuário ou contrariando o mecanismo de defesa muito frequente nos quadros de codependência, que é a negação (Cermak, 1986). Ao serem orientados de formas saudáveis de como manter o vínculo com o usuário, evidenciando que o excesso de controle repetido na relação com o usuário é disfuncional, os familiares podem ter abandonado o tratamento.

Na dimensão relacionada à equipe e sistema de saúde, foram investigados fatores relacionados ao serviço de telemedicina e aos profissionais da saúde que

realizavam os atendimentos. Não houve associação significativa desses fatores com a baixa adesão. Outra questão que deve ser levada em conta, são as próprias características da dependência química, onde a baixa adesão ao tratamento é um problema sério e constante, chegando a 50% a taxa de abandono ao tratamento de usuários (Oene et al., 2007).

Ao verificar a alta taxa de não adesão a teleintervenção motivacional para familiares codependentes de usuários de drogas, percebe-se que estes fazem uma adesão inclusive ainda menor que os usuários de substâncias que buscaram ajuda do serviço: usuários de maconha apresentaram 70% de não adesão (Fernandes et al., 2010), 23% de usuários de álcool completaram os 6 meses de acompanhamento (Signor et al., 2013). Infere-se que esta baixa adesão pode estar relacionada às características do quadro de codependência, como o autossacrifício onde os familiares negligenciam suas necessidades para priorizar as demandas do usuário (Hands e Dear, 1994; Young, 1987), já que a alta adesão ao tratamento de familiares de doentes crônicos foi fortemente associada com maiores habilidades de autocuidado (Larrosa et al., 2013). A motivação da procura pelo serviço, justifica-se pela tentativa de solucionar o problema do consumo de substâncias do usuário, e não para reparar os danos causados por este consumo em suas vidas.

Entre as limitações do estudo está a perda importante de participantes resultando em uma amostra reduzida, que pode ter interferido nos cálculos estatísticos. Outra limitação é o fato das entrevistas que foram realizadas nas ligações próativas estarem relacionadas ao acompanhamento que havia transcorrido até 3 anos do contato, o que pode ter ocorrido viés de memória. Além disso, com o número pequeno amostral não foi possível investigar a adesão dos diferentes graus de codependência. Portanto, faz-se necessário futuros estudos que investiguem a adesão de familiares diferenciando a alta e baixa codependência

Tabela 1 – Características sociodemográficas e condição de saúde dos familiares que atenderam a ligação próativa n= 133.

Variáveis	N (%)
Sexo dos familiares (n=133)	122 (91,7%)
Feminino	11 (8,3%)
Masculino	
Idade familiar (n= 127)	
≥ 45 anos	89 (70,1%)
- 45 anos	38 (29,9%)
Parentesco (n= 133)	
Mãe	87 (65,4%)
Pai	8 (6%)
Cônjuge	13 (9,8%)
Irmão	6 (4,5%)
Filho	1 (0,8%)
Demais	18 (13,5%)
Parentesco (n =133)	
Mãe e cônjuge	100 (75,2%)
Outros	33 (24,8%)
Profissão (n= 128)	
Aposentado	16 (12,5%)
Autônomo	14 (10,9%)
Desempregado	11 (8,6%)
Do lar	32 (25%)
Profissional da Saúde	1 (0,8%)
Profissional de outra área	54 (42,2%)
Estado Civil (n=128)	
Casado	71 (55,5%)
Separado	25 (19,5%)
Solteiro	16 (12,5%)
Viúvo	16 (12,5%)
Renda Familiar (n= 127)	
De 1 à 5 SM	80 (63%)
De 5 à 10 SM	34 (26,8%)
Mais de 10 SM	13 (10,2%)
Escolaridade (n= 127)	
Analfabeto	1 (0,8%)
Ensino Fundamental Incompleto	43 (33,9%)
Ensino Médio Incompleto	9 (7,1%)
Técnico	2 (1,6%)
Ensino Fundamental Completo	17 (13,4%)
Ensino Médio Completo	38 (29,9%)
Superior Incompleto	5 (3,9%)
Superior Completo	12 (9,4%)
Familiar utiliza alguma droga (n= 133)	
Sim	44 (33,1%)
Não	89 (66,9%)
Familiar consome álcool (n=133)	
Sim	19 (14,3%)
Não	114 (85,7%)

Tabela 1 – Continuação

Variáveis	N (%)
Familiar consome tabaco (n= 133)	
Sim	31 (23,3%)
Não	102 (76,6%)
Familiar consome cocaína (n= 133)	
Sim	1 (0,8%)
Não	132 (99,2%)
Relata algum problema de saúde (n= 133)	
Físico	26 (29,5%)
Psicológico	46 (52,3%)
Ambos	16 (18,2%)
Depressão (n= 133)	
Sim	39 (53,4%)
Não	34 (46,6%)
Ansiedade (n= 133)	
Sim	9 (12,3%)
Não	64 (87,7%)
Outro transtorno psicológico (n= 133)	
Sim	9 (11,5%)
Não	69 (88,5%)
Problema Físico (n= 133)	
Sim	33 (45,2%)
Não	40 (54,8%)
Uso de Medicação (n= 133)	
Sim	67 (50,4%)
Não	66 (49,6%)
Antidepressivo (n= 133)	
Sim	21 (35,6%)
Não	38 (64,4%)
Ansiolítico (n= 133)	
Sim	16 (27,1%)
Não	43 (72,9%)
Anti-hipertensivo (n= 133)	
Sim	23 (39%)
Não	36 (61%)

Figura 1 – Porcentagem de familiares com alta e baixa codependência durante o acompanhamento de teleintervenção.

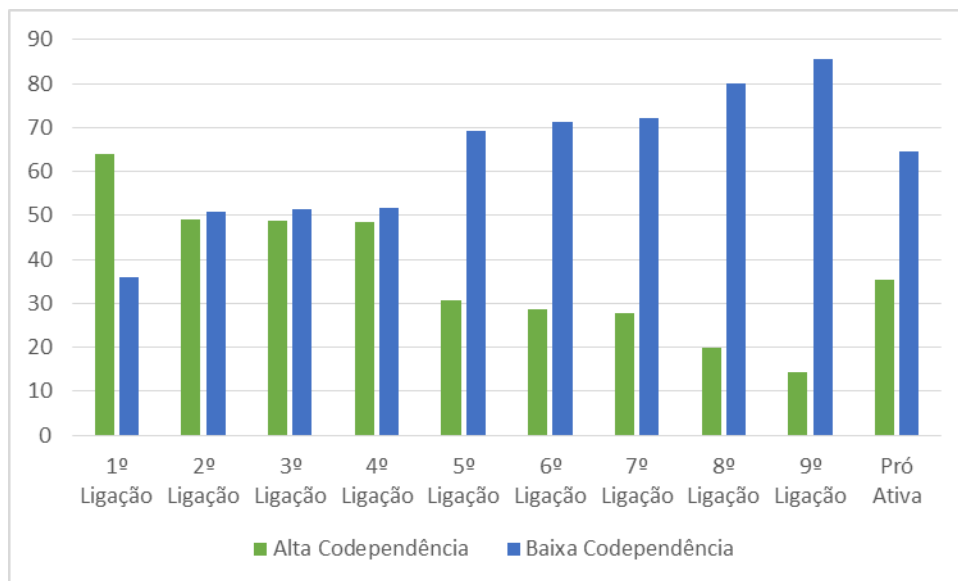


Tabela 2- Fatores socioeconômicos que podem ter interferido na adesão ao tratamento de codependentes.

Variáveis	Baixa Adesão	Alta Adesão	P
Sexo dos familiares (n=133)			
Feminino	109	13	0,87
Masculino	10	1	
Idade familiar (n= 127)			
≥ 45 anos	82	7	0,35
- 45 anos	33	5	
Parentesco (n= 133)			
Mãe	77	10	0,22
Pai	8	0	
Cônjuge	11	2	
Irmão	4	2	
Filho	1	0	
Demais	18	0	
Profissão (n= 128)			
Aposentado	15	1	0,98
Autônomo	13	1	
Desempregado	10	1	
Do lar	28	4	
Profissional da Saúde	1	0	
Profissional de outra área	49	5	
Estado Civil (n=128)			
Casado	67	4	0,18
Separado	20	5	
Solteiro	15	1	
Viúvo	14	2	
Renda Familiar (n= 127)			
De 1 a 5 Salários Mínimos	74	6	0,20
De 5 a 10 Salários Mínimos	31	3	
Mais de 10 Salários Mínimos	10	3	
Escolaridade (n= 127)			
Analfabeto	1	0	0,22
Ensino Fundamental Incompleto	42	1	
Ensino Médio Incompleto	7	2	
Técnico	2	0	
Ensino Fundamental Completo	14	3	
Ensino Médio Completo	32	6	
Superior Incompleto	5	0	
Superior Completo	12	0	

• p<0,05

Tabela 3 - Possíveis fatores relacionados ao paciente que interferiram na adesão ao tratamento.

Variáveis	Baixa Adesão	Alta Adesão	P
Familiar utiliza alguma droga			
Sim	37	7	0,15
Não	82	7	
Relata algum problema de saúde (n= 133)			
Físico	22	4	0,46
Psicológico	43	3	
Ambos	14	2	
Depressão (n= 133)			
Sim	35	4	0,56
Não	29	5	
Ansiedade (n= 133)			
Sim	7	2	0,33
Não	57	7	
Outro transtorno psicológico (n= 133)			
Sim	8	1	0,87
Não	60	9	
Problema Físico (n= 133)			
Sim	27	6	0,16
Não	37	3	
Uso de Medicação (n= 133)			
Sim	62	5	0,24
Não	57	9	
Antidepressivo (n= 133)			
Sim	18	3	0,23
Não	36	2	
Ansiolítico (n= 133)			
Sim	15	1	0,70
Não	39	4	
Anti-hipertensivo (n= 133)			
Sim	21	3	0,96
Não	33	2	
Realizou algum tratamento durante o acompanhamento telefônico (n= 133)			
Sim	45	6	0,71
Não	74	8	

- $p < 0,05$

Tabela 4 - Condições relacionadas ao quadro de codependência que podem ter interferido na adesão ao tratamento dos familiares.

Variáveis	Baixa Adesão	Alta Adesão	P
HCI 1º Ligação (n= 133)			
Alta $\geq 9,7$	78	7	0,25
Baixa $-9,7$	41	7	
HCI 1º seguimento (7 dias) (n= 65)			
Alta $\geq 9,7$	25	7	0,94
Baixa $-9,7$	26	7	
HCI 2º seguimento (14 dias) (n= 39)			
Alta $\geq 9,7$	11	8	0,43
Baixa $-9,7$	14	6	
HCI 3º seguimento (21 dias) (n= 31)			
Alta $\geq 9,7$	12	3	0,08
Baixa $-9,7$	8	8	
HCI 4º seguimento (28 dias) (n= 26)			
Alta $\geq 9,7$	6	2	0,23
Baixa $-9,7$	9	9	
HCI 5º seguimento (35 dias) (n= 21)			
Alta $\geq 9,7$	4	2	0,26
Baixa $-9,7$	6	9	
HCI 6º seguimento (2 meses) (n= 18)			
Alta $\geq 9,7$	3	2	0,41
Baixa $-9,7$	5	8	
HCI 7º seguimento (4 meses) (n= 15)			
Alta $\geq 9,7$	1	2	1
Baixa $-9,7$	4	8	
HCI 8º seguimento (6 meses) (n= 14)			
Alta $\geq 9,7$	0	2	0,33
Baixa $-9,7$	4	8	
HCI Ligação Pró Ativa (n = 133)	42	5	0,97
Alta $\geq 9,7$	77	9	
Baixa $-9,7$			

HCI - *Holyoake Codependency Index*

- $p < 0,05$

Tabela 5 - Possíveis fatores relacionados à substância psicoativa utilizada pelo usuário que interferiram na adesão ao tratamento dos familiares.

Variáveis	Baixa Adesão	Alta Adesão	P
Refere se o usuário utiliza álcool (n=133)			
Sim	93	14	0,05*
Não	26	0	
Refere se o usuário utiliza tabaco (n=133)			
Sim	73	10	0,46
Não	46	4	
Refere se o usuário utiliza maconha (n=133)			
Sim	54	6	0,85
Não	65	8	
Refere se o usuário utiliza cocaína (n=133)			
Sim	46	7	0,41
Não	73	7	
Refere se o usuário utiliza crack (n=133)			
Sim	53	5	0,52
Não	66	9	
Usuário parou de usar droga atualmente (n= 133)			
Não Parou	60	8	0,71
Parou	38	4	

- $p < 0,05$

Tabela 6 - Aspectos do tratamento que podem ter interferido na adesão ao tratamento dos familiares.

Variáveis	Baixa Adesão	Alta Adesão	P
Avalia a retenção ao acompanhamento. O familiar fez todas as ligações (n=133)			0,000*
Sim	4	4	
Não	115	10	
Comparando o escore da HCI da 1ª ligação com a pró-ativa, houve diminuição da codependência (n= 133)			
Sim	93	10	0,56
Não	26	4	
Avalia se a randomização tem associação com a adesão (n= 133)			
Controle	65	8	0,85
Experimental	54	6	

- $p < 0,05$

Tabela 7 - Elementos relacionados ao sistema e equipe de saúde possíveis de ter interferido na adesão ao tratamento dos familiares.

Variáveis	Baixa Adesão	Alta Adesão	P
Cliente sentiu-se incomodado com a mudança de consultor (n=133)			
Sim	15	1	0,54
Não	103	13	
Cliente identificou algum problema no fato do acompanhamento ser disponibilizado via telefone (n=133)			
Sim	10	1	0,85
Não	107	13	
Em relação aos aspectos positivos do serviço, o familiar mencionou orientação ou equivalentes (n=133)			
Sim	26	0	0,05*
Não	93	14	
Em relação aos aspectos positivos do serviço, o familiar mencionou disponibilidade ou equivalentes (n=133)			
Sim	15	5	0,02*
Não	104	9	
Em relação aos aspectos positivos do serviço, o familiar mencionou acessibilidade ou equivalentes (n=133)			
Sim	21	4	0,32
Não	98	10	
Em relação aos aspectos positivos do serviço, o familiar mencionou acolhimento ou equivalentes (n=133)			
Sim	35	4	0,94
Não	84	10	
Em relação aos aspectos positivos do serviço, o familiar mencionou Anonimato ou equivalentes (n=133)			
Sim	21	2	0,75
Não	98	12	
Em relação aos aspectos positivos do serviço, o familiar mencionou confiança ou equivalentes (n=133)			
Não	107	13	0,72
Sim	12	1	
Em relação aos aspectos positivos do serviço, o familiar mencionou o serviço ser gratuito (n=133)			
Não	114	14	0,43
Sim	5	0	

- $p < 0,05$

Referências:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diretrizes para o Tratamento de Transtornos Psiquiátricos**. Editora ARTMED, Porto Alegre; 2006.

ARCIDIACONO C. et al. Impact and Coping in Italian Families of Drug and Alcohol Users. **Qualitative Research in Psychology**; Vol.6:260–280, 2009.

ARICO S. et al. Family compliance to a treatment programme for alcoholics: a prospective study of prognostic factors. **Alcohol & Alcoholism**; Vol. 29, No 6. pp. 679-685, 1994.

ARLT A. D. Why current drug adherence programs fail: addressing psychological risk factors of nonadherence. **Curr Opin Psychiatry**; Vol. 30:000–000, 2017.

AZEVEDO A.C. SILVA R.S. A importância da família no tratamento do dependente químico. **Encontro Revista de Psicologia**, Vol. 16, No. 25, 2013.

BALL A.S. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. **Addictive Behaviors**; Vol. 3, 320 – 330, 2006.

BARROS H. M. T. et al. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. **Drug and Alcohol Dependence**; Vol. 98 270-274, 2008.

BORTOLON C B. et al. Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de usuários de drogas em um serviço de teleatendimento. **Revista da AMRIGS**; Vol.54 (4): 432-436, out.-dez. 2010.

BORTOLON C. B. ET AL. Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. **Substance Use & Misuse**, 2016. DOI: 10.1080/10826084.2016.1223134

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**; Vol. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CERMAK T. L. Diagnostic criteria for codependency. **Journal of Psychoactive Drugs**, Vol. 18(1), 1986.

COPELLO A, ORFORD J. Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence?. **Addiction**; Vol. 97, 1361–1363. 2002.

COPELLO A. G., VELLEMAN R. D. B., TEMPLETON L. J. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 369 – 385. 2005.

COPELLO A. et al. The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. **Addiction**; Vol. 104, 49–58, 2009.

COPELLO A. et al. The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. **Drugs: education, prevention and policy**; Vol. 17(S1): 63–74, 2010.

DEAR, G.; ROBERTS, C. The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. **Psychological Reports**; Vol.87, 991-1002, 2000.

_____. The Validation of the Holyoake Codependency Index. **The Journal of Psychology**; Vol. 139(4):293-313, 2005.

EYSENBACH G. The law of attrition. **Journal of Medical Internet Research**; Vol. 7(1): e11. 2005. doi: 10.2196/jmir.7.1.e11

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provocado-pelo-uso-de-drogas--os-opioides-so-os-mais-prejudiciais_-aponta-relatorio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html. 2017 Acesso em: 07/03/2018 às 11:00 horas

FERNANDES S. et al. Abuso e dependência de maconha: comparação entre sexos e preparação para mudanças comportamentais entre usuários que iniciam a busca por tratamento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande Sul**. Vol. 32(3):80-85, 2010.

GUSMÃO J.L., MION Jr. D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira Hipertensão**; vol.13(1): 23-25, 2006.

HANDS M.; DEAR G. Co- dependency: a critical review. **Drug and Alcohol Review**; Vol. 13, 437-445, 1994.

HAYNES R. B. et al. Can Simple Clinical Measurements Detect Patient Noncompliance?. **Hypertension**; Vol 2, nº 6, 1980.

HUDSON C. R. et al. Social adjustment of family members and significant others (FSOs) of drug users. **Journal of Substance Abuse Treatment**. Vol. 23: 171 – 181, 2002.

KONDO A. e WADA K. The Effectiveness of a Mutual-Help Group Activity for Drug Users and Family Members in Japan. **Substance Use & Misuse**; Vol. 44 :472–489, 2009.

LARANJEIRA R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD)**, <https://inpad.org.br/lenad-familia/>, 2014. Acesso em: 11/03/2018 às 17:00 horas.

LARROSA S. L. Quality of Life, Treatment Adherence, and Locus of Control: Multiple Family Groups for Chronic Medical Illnesses. **Family Process**; Vol. 52, No. 4, 2013. doi: 10.1111/famp.12034

LIBERATO S. M. D. et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Enfermagem**; Vol.16 (1):191-8; 2014.

MACHADO C. A. Envolvimento de clientes com diferentes formas de violência em um serviço de telemedicina para dependência química. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**; Vol. 5, n. 2, p. 22- 29, 2012.

MORAES A. B. A., ROLIM G. S., JUNIOR A. L. C. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitivo**; Vol. XI, no 2, 329-345, 2009.

MOREIRA T. C. et al. Non-adherence to telemedicine interventions for drug users: systematic review. **Rev Saúde Pública**; Vol. 48(3):521-531, 2014.

MORISKY D. E. et al. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension**. Vol. 10 NO. 5, 2008.

OENE G. H. W. et al. Identification of Patients at High Risk of Noncompliance in Substance Dependence Treatment. **European Addiction Research**; Vol.13:74–80, 2007.

OLIVEIRA FILHO A.D. et al. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian–Portuguese version in hypertensive adults. **Research in Social and Administrative Pharmacy**; Vol. 10, 554–561, 2014.

OLIVEIRA FILHO A.D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arq Brasileira Cardiologia**; Vol. 99(1):649-658, 2012.

ORFORD J. et al. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. **Social Science e Medicine**; Vol. 78 70-77, 2013.

ORFORD J. et al. Coping with alcohol and drug problems – the experiences of family members in three contrasting cultures. **Addiction**; Vol. 102, 166–169, 2007.

PANAGHI et al. Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. **Addict Health**, Spring; Vol 8, No 2, 2016.

POSTEL M. G. et al. Attrition in Web-Based Treatment for Problem Drinkers. **Journal of Medical Internet Research**. Vol 3, N°4, 2011.

RAVAZZOLA, M. C.; BARILARI, S. & MAZIERES G. (1997). **A família como grupo e o grupo como família**. In: Zimerman, D. & Osório L. C. (orgs.). *Como trabalhamos com grupos* (pp. 293-304). Porto Alegre: Artes Médicas.

REINERS A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; Vol. 13(Sup 2):2299-2306, 2008.

ROOZEN H. G. WAART R. KROFT P. Community reinforcement and family training: na effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. **Addiction**; Vol.105, 1729–1738, 2010. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x

ROTUNDA R. WEST L. O'FARREL T. J. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. **Journal of Substance Abuse Treatment**; vol. 26, 269–276, 2004.

SAKIYAMA H.M.T. et al. Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they?. **Drug and Alcohol Dependence**; vol. 147, 276–279, 2015.

SEADI S M S et al. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicologia Clínica**, vol. 21, n.2, p363 - 378, (2009).

SIGNOR L. et al. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; Vol. 35:254–261, 2013.

SCHENKER M, MINAYO M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão literária. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 20 (3):649-659, 2004.

VELLEMAN R. TEMPLETON L. Alcohol, Drugs and the Family: Results from a Long-Running Research Programme within the UK. **Eur Addict Res**; Vol. 9:103–112, 2003. DOI: 10.1159/000070978

VERMEIRE E. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Vol. 26, 331±342, 2001.

YOUNG E. Co-alcoholism as a Disease: Implications for Psychotherapy, **Journal of Psychoactive Drugs**, 19:3, 257-268, 1987. DOI:10.1080/02791072.1987.10472410

ZEMEL M. L. S. The family function at the drug addict treatment. **Revista IMESC**, vol. 3, pp 43-63, 2001.

WAHL C. et al. Concordance, Compliance and Adherence in Health Care: Closing Gaps and Improving Outcomes. *Healthcare Quarterly*, v.8, n.1, p.65-70, 2005

World Health Organization. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva; 2003 [citado 2010 Nov 23]. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

6 ANEXOS

6.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do consultor: _____

Data ____/____/____

Número da chamada: _____

O(A) senhor(a), buscou orientações para lidar com questões referentes à dependência química de seu familiar. O Serviço LIGUE 132 oferece um auxílio terapêutico que requer a sua participação por meio de contatos telefônicos. Estamos fazendo um estudo com os familiares que entraram em contato com o serviço Ligue 132, no período de 2013 à 2015, para identificar possíveis fatores que interferem na realização completa do acompanhamento. O objetivo desta pesquisa é verificar quais os fatores que interferem na adesão ou não adesão de familiares de usuários de drogas ao acompanhamento por meio de linhas telefônicas.

Este estudo envolverá algumas perguntas sobre o hábito de usar álcool e/ou outras drogas, idade que começou utilizar e quanto consome por dia de álcool e/ou outra droga pelo usuário e perguntas relacionadas à forma como a família lidou com os problemas e como foi realizado seu acompanhamento telefônico. O tempo de aplicação destes questionários será de, no máximo, 40 minutos. As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) ao Serviço LIGUE 132 poderão ser utilizadas como dados de pesquisa, sendo disseminadas unicamente no meio médico, sem a divulgação de dados individuais.

Qualquer dúvida, em relação a este estudo, será esclarecida quando questionada. Você terá a liberdade de abandonar a participação nesta pesquisa a qualquer momento sem nenhuma espécie de prejuízo. Ressaltamos também, que a não concordância em participar deste estudo não implicará em qualquer modificação na assistência proporcionada pelo Serviço LIGUE 132. Os nomes e características específicas de cada um dos envolvidos nesta pesquisa não serão, em nenhum momento, divulgados, garantindo a privacidade e o anonimato de todos os participantes. Após a leitura e compreensão deste TCLE por mim _____, consultor do Serviço LIGUE 132, e de sua permissão verbal serão iniciadas as avaliações quanto à adesão ao acompanhamento de familiares de usuários.

A sua participação neste estudo poderá lhe trazer um desconforto emocional, pois conversaremos a respeito dos seus problemas relacionados ao uso de substâncias de seu familiar, mas nenhum desconforto físico ou custo financeiro. Caso responder à entrevista lhe cause algum dano, prestaremos assistência por meio do acolhimento da

demanda, encaminhamento para locais de tratamento e orientações. Há qualquer momento você poderá solicitar atendimento por meio de telemedicina, de um psicólogo integrante da equipe de pesquisa, para lhe prestar a assistência necessária.

Quanto aos benefícios, por meio deste questionário será possível obter dados importantes relativos à adesão ao tratamento de familiares de usuários de drogas. Também, a identificação dos fatores de não adesão ao tratamento, facilitará o desenvolvimento de novas estratégias para aumentar o engajamento dos familiares e conseqüentemente maiores mudanças de comportamento dos mesmos, proporcionando melhora na qualidade de vida. Sendo assim, famílias com mudanças no comportamento, desenvolvem relações de saúde aumentando a rede de suporte do usuário, potencializando a motivação e vinculação do usuário de drogas ao tratamento da drogadição, resultando em maiores chances de um prognóstico positivo ao usuário.

Pelo presente TCLE, o(a) senhor(a)_____ declara que foi informado(a) de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento ou obrigação, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos ao qual será submetido, bem como dos riscos, desconfortos e benefícios da presente pesquisa? O(A) senhor(a) teve também a oportunidade de discutir e fazer perguntas sobre este estudo? O(A) senhor(a) voluntariamente concorda em participar desta pesquisa?

O(A) senhor(a) autoriza que os dados fornecidos ao Serviço LIGUE 132 durante este estudo sejam publicados de forma coletiva e utilizados para a publicação em meios científicos?

Caso tiver novas perguntas sobre esta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá solicitar orientações a Dr^a. Helena Maria Tannhauser Barros na UFCSPA (Rua Sarmiento Leite, nº 245/314 – Porto Alegre/RS - telefone (51) 3303-8821. Para qualquer pergunta sobre os seus direitos como participante deste estudo ou se pensar que foi prejudicado(a) pela sua participação, o(a) senhor(a) poderá contatar a pesquisadora Heloisa Praça Baptista (Rua Sarmiento Leite, nº 245/316 – Porto Alegre/RS -telefone (51) 3303-8764 ou o CEP da UFCSPA (Rua Sarmiento Leite, nº 245 - Porto Alegre/RS - telefone (51) 3303-8804).

Atenciosamente,

LIGUE 132 – Central de atendimento sobre Drogas

Dr.^a. Helena M. T. Barros
Pesquisadora responsável

Dr.^a. Cassandra Borges Bortolon

Dr.^a. Taís Moreira

Heloisa Praça Baptista
Pesquisadora
Psicóloga – CRP 07/24733

6.2 APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.035.980

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termo de entrega dos relatórios da pesquisa foi adequado.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_731480.pdf	31/03/2017 11:58:55		Aceito
Outros	resposta_cep.pdf	31/03/2017 11:51:50	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito
Outros	relatorio_pesquisa.pdf	31/03/2017 11:49:26	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito
Outros	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escelido_familiar.pdf	20/01/2017 12:28:33	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito
Outros	carta_cep.pdf	20/01/2017 12:25:48	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.pdf	20/01/2017 12:23:40	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/01/2017 12:23:17	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito
Outros	anuencia.pdf	11/07/2016 11:00:58	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/06/2016 13:26:49	Helena Maria Tannhauser Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Abril de 2017

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

6.3 NORMAS DA REVISTA SUBSTANCE USE AND MISUSE

Instructions for authors

Thank you for choosing to submit your paper to us. These instructions will ensure we have everything required so your paper can move through peer review, production and publication smoothly. Please take the time to read and follow them as closely as possible, as doing so will ensure your paper matches the journal's requirements. For general guidance on the publication process at Taylor & Francis please visit our [Author Services website](#).

This journal uses ScholarOne Manuscripts (previously Manuscript Central) to peer review manuscript submissions. Please read the [guide for ScholarOne authors](#) before making a submission. Complete guidelines for preparing and submitting your manuscript to this journal are provided below.

About the journal

Substance Use and Misuse is an international, peer-reviewed journal publishing high-quality, original research. Please see the journal's Aims & Scope for information about its focus and peer-review policy.

Peer review

Taylor & Francis is committed to peer-review integrity and upholding the highest standards of review. Once your paper has been assessed for suitability by the editor, it will then be double blind peer-reviewed by expert referees. Find out more about [what to expect during peer review](#) and read our guidance on [publishing ethics](#).

Preparing your paper

All authors submitting to medicine, biomedicine, health sciences, allied and public health journals should conform to the [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals](#), prepared by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Submission types

Substance Use and Misuse accepts the following types of submissions: articles and brief research reports. A maximum of 5000 words, not including references, tables and figures, applies for articles. A maximum of 1500 words, not including references, tables and figures, applies for brief research reports.

Formatting and templates

Papers may be submitted in any standard file format, including Word and LaTeX. Figures should be saved separately from the text. Authors should be sure NOT to include any identifying information in the body of their work (including tables and figures). All identifying information will be asked for during the submission process and will be kept confidential. Any manuscripts containing identifying information will be returned to the Authors.

All submissions must conform to standard professional and technical English language usage. Especially for authors whose first language is not English, manuscripts should be copy-edited by a professional copy editor proficient in professional/technical English usage. In some cases it may be advisable for an author to write the paper in his/her first language and then send it to a professional translator proficient in professional/technical English usage.

Please do not use the terms "drug abuse; alcohol abuse; or substance abuse". Please use the term "misuse" instead.

Style guidelines

Submissions to *Substance Use and Misuse* should follow the style guidelines described in the *APA Publication Manual* (6th ed.). *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* (11th ed.) should be consulted for spelling.

References

Please use this [reference guide](#) when preparing your paper.

Checklist: what to include

1. **Author details.** Please ensure everyone meeting the International Committee of Medical Journal Editors (ICJME) requirements for authorship is included as an author of your paper. Please include all authors' full names, affiliations, postal addresses, and email addresses on the cover page. Where appropriate, please also include ORCiDs and social media handles (Facebook, Twitter or LinkedIn). One author will need to be identified as the corresponding author, with their email address normally displayed in the published article. Authors' affiliations are the affiliations where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer-review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that authorship may not be changed after acceptance. Also, no changes to affiliation can be made after your paper is accepted. Read more on authorship here.

2. **Structured abstract.** This summary of your article is normally no longer than 250 words. You should divide your structured abstract of an original research article into the following headings (as underlined): Background; Objectives; Methods (design, setting, participants, year of data collection, total sample size, measures, data analysis techniques); Results; Conclusions/Importance. Each other type of article should have the following headings in the abstract: Background; Objectives; Methods; Results; Conclusions/Importance.

Each section of the abstract should feature an appropriate heading. Read tips on writing your abstract.

3. **Keywords.** Keywords are the terms that are most important to the article and should be terms readers may use to search. Authors should provide 5 to 10 keywords. Please read our page about making your article more discoverable for recommendations on title choice and search engine optimization.

4. **Funding details.** Please supply all details required by your funding and grant-awarding bodies as follows:

For single agency grants

This work was supported by the <Funding Agency> under Grant <number xxxx>.

For multiple agency grants

This work was supported by the <Funding Agency #1> under Grant <number xxxx>; <Funding Agency #2> under Grant <number xxxx>; and <Funding Agency #3> under Grant <number xxxx>.

5. **Disclosure statement.** With a disclosure statement you acknowledge any financial interest or benefit that has arisen from the direct applications of your research. Further guidance, please see our page on [what is a conflict of interest and how to disclose it](#).

6. **Supplemental online material.** Supplemental material can be a video, dataset, fileset, sound file, or anything else which supports (and is pertinent to) your paper. Supplemental material must be submitted for review upon paper submission. Additional text sections are normally not considered supplemental material. We publish supplemental material online via Figshare.

7. **Figures.** Figures should be high quality (600 dpi for black & white art and 300 dpi for color). Figures should be saved as TIFF, PostScript or EPS files. Figures embedded in your text may not be able to be used in final production.

8. **Tables.** Please supply editable table files. We recommend including simple tables at the end of your manuscript, or submitting a separate file with tables.

9. **Equations.** If you are submitting your manuscript as a Word document, please ensure that equations are editable. Please see our page on [mathematical symbols and equations for more information](#).

Author agreement / Use of third-party material

Authors are responsible for obtaining permission to reproduce copyrighted material from other sources and are required to sign an agreement for the transfer of copyright to the publisher. As an author you are required to secure permission if you want to reproduce any figure, table or extract text from any other source. This applies to direct reproduction as well as "derivative reproduction" (for which you have created a new figure or table which derives substantially from a copyrighted source). Please see our

page on [requesting permission to reproduce work\(s\) under copyright](#) for more guidance. Authors are required to sign an agreement for the transfer of copyright to the publisher. All accepted manuscripts, artwork, and photographs become property of the publisher.

Guidelines for medicine and health publications

Disclosure of interest

Please include your disclosure statement under the subheading “Disclosure of interest.” If you have no interests to declare, please state this (suggested wording: *The authors report no conflict of interest*). For all NIH/Wellcome-funded papers, the grant number(s) must be included in the declaration of interest statement. [Read more on declaring conflicts of interest](#) there.

Clinical Trials Registry

In order to be published in a Taylor & Francis journal, all clinical trials must have been registered in a public repository at the beginning of the research process (prior to patient enrolment). Trial registration numbers should be included in the abstract, with full details in the methods section. The registry should be publicly accessible (at no charge), open to all prospective registrants, and managed by a not-for-profit organization. For a list of registries that meet these requirements, please visit the [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#). The registration of all clinical trials facilitates the sharing of information among clinicians, researchers, and patients, enhances public confidence in research, and is in accordance with the [ICMJE guidelines](#).

Complying with ethics of experimentation

Please ensure that all research reported in submitted papers has been conducted in an ethical and responsible manner, and is in full compliance with all relevant codes of experimentation and legislation. All papers which report *in vivo* experiments or clinical trials on humans or animals must include a written statement in the Methods section. This should explain that all work was conducted with the formal approval of the local human subject or animal care committees (institutional and national), and that clinical trials have been registered as legislation requires. Authors who do not have formal

ethics review committees should include a statement that their study follows the principles of the Declaration of Helsinki.

Consent . All authors are required to follow the ICMJE requirements on privacy and informed consent from patients and study participants. Please confirm that any patient, service user, or participant (or that person's parent or legal guardian) in any research, experiment, or clinical trial described in your paper has given written consent to the inclusion of material pertaining to themselves, that they acknowledge that they cannot be identified via the paper; and that you have fully anonymized them. Where someone is deceased, please ensure you have written consent from the family or estate. Authors may use this Patient Consent Form, which should be completed, saved, and sent to the journal if requested.

Health and safety. Please confirm that all mandatory laboratory health and safety procedures have been complied with in the course of conducting any experimental work reported in your paper. Please ensure your paper contains all appropriate warnings on any hazards that may be involved in carrying out the experiments or procedures you have described, or that may be involved in instructions, materials, or formulae.

Please include all relevant safety precautions; and cite any accepted standard or code of practice. Authors working in animal science may find it useful to consult the International Association of Veterinary Editors' Consensus Author Guidelines on Animal Ethics and Welfare and Guidelines for the Treatment of Animals in Behavioral Research and Teaching. When a product has not yet been approved by an appropriate regulatory body for the use described in your paper, please specify this, or that the product is still investigational.

Submitting your paper

Substance Use and Misuse uses ScholarOne Manuscripts to manage the peer-review process. If you have not submitted a paper to this journal before, you will need to create an account in ScholarOne Manuscripts. Please read the guidelines above and then submit your paper in the relevant Author Center, where you will find user guides and a helpdesk.

If you are submitting in LaTeX, please convert the files to PDF beforehand (you will also need to upload your LaTeX source files with the PDF). Your manuscript must be accompanied by a statement that it has not been published elsewhere and that it has not been submitted simultaneously for publication elsewhere.

Data sharing policy

This journal applies the Taylor & Francis Basic Data Sharing Policy. Authors are encouraged to share or make open the data supporting the results or analyses presented in their paper where this does not violate the protection of human subjects or other valid privacy or security concerns.

Authors are encouraged to deposit the dataset(s) in a recognized data repository that can mint a persistent digital identifier, preferably a digital object identifier (DOI) and recognizes a long-term preservation plan. If you are uncertain about where to deposit your data, please see this information regarding repositories.

Authors are further encouraged to cite any data sets referenced in the article and provide a Data Availability Statement.

At the point of submission, you will be asked if there is a data set associated with the paper. If you reply yes, you will be asked to provide the DOI, pre-registered DOI, hyperlink, or other persistent identifier associated with the data set(s). If you have selected to provide a pre-registered DOI, please be prepared to share the reviewer URL associated with your data deposit, upon request by reviewers.

Where one or multiple data sets are associated with a manuscript, these are not formally peer reviewed as a part of the journal submission process. It is the author's responsibility to ensure the soundness of data. Any errors in the data rest solely with the producers of the data set(s).

LAST UPDATED

25-01-2018

Nomination of preferred reviewers

This must exclude individuals who are in actual or perceived conflict of interest with any of the authors – employed by same university or organization, current or recent (within past 5 years) scientific collaborator, close personal or professional relationship. For more details, use the conflict of interest criteria as defined by the U.S. National Institutes of Health.

Commitment to review

Publication of an article in SUM requires each author of the article to commit to writing a critical review of one manuscript submitted to SUM, if the author is asked to do so. The reason is that the author's article received expert peer review at no charge to enable it to be published; in return SUM requests that the authors contribute their expertise to review at least one subsequent submission of a paper.

We recommend that if your manuscript is accepted for publication, you keep a copy of your accepted manuscript. For possible uses of your accepted manuscript, please see our page on [sharing your work](#).

CrossRef Similarity Check

Please note that *Substance Use and Misuse* uses CrossRef Similarity Check™ (Powered by iThenticate) to screen papers for unoriginal material. By submitting your paper to the journal you are agreeing to originality checks during the peer-review and production processes.

Color charges

Color art will be reproduced in color in the online publication at no additional cost to the author. Color illustrations will also be considered for print publication; however, the author will be required to bear the full cost involved in color art reproduction. Please note that color reprints can only be ordered if print reproduction costs are paid. Print Rates: \$400 per figure for the first four figures; \$75 per figure for five or more figures.

Complying with funding agencies

We will deposit all National Institutes of Health or Wellcome Trust-funded papers into PubMedCentral on behalf of authors, meeting the requirements of their respective open access (OA) policies. If this applies to you, please ensure that you have included the appropriate funding bodies in your submission's funding details section. You can check various funders' OA policy mandates [here](#) and find out more about [sharing your work here](#).

Open access

This journal gives authors the option to publish open access via our [Open Select publishing program](#), making it free to access online immediately on publication. Many funders mandate publishing your research open access; you can check [open access funder policies and mandates here](#).

Taylor & Francis Open Select gives you, your institution or funder the option of paying an article publishing charge (APC) to make an article open access. The APC fees for *Journal Title* are \$2,950, £1,788, €2,150.

Proofs

Page proofs are sent to the corresponding author using Taylor & Francis' Central Article Tracking System (CATS). They should be carefully checked and returned within 48 hours.

Reprints

Authors for whom we receive a valid e-mail address will be provided an opportunity to purchase reprints of individual articles, or copies of the complete print issue. These authors will also be given complimentary access to their final article on Taylor & Francis Online.

For enquiries about reprints, please contact the Taylor & Francis Author Services team at reprints@tandf.co.uk. To order a copy of the issue containing your article, please contact our Customer Services team at Customer.Service@taylorandfrancis.com.

My Authored Works

On publication, you will be able to view, download and check your article's metrics (downloads, citations and Altmetric data) via My Authored Works on Taylor & Francis Online. We are committed to promoting and increasing the visibility of your article. Here are some tips and ideas on how you can work with us to promote your research.

6.4. PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO

Protocolo N.º: _____ / 2014	Horário: Início _____ Término _____
DATA: _____ / _____ / 2014	Consultor: _____
Apelido/Nome: _____	

CLASSIFICAÇÃO DA PERGUNTA

PERGUNTA: (registrar por extenso)

TIPO DE PERGUNTA (selecionar):

- | | |
|--|----------------|
| 1. Informações sobre drogas () | 4. Outras () |
| 2. Centros de tratamento (público ou particular) () | 5. Perda () |
| 3. Solicitação de material informativo () | 6. Retorno () |

DROGAS (selecionar):

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. Álcool () | 7. Êxtase () |
| 2. Alucinógenos () | 8. GHB () |
| 3. Anabolizantes esteroides () | 9. Maconha () |
| 4. Ansiolíticos () | 10. Opióides/heroína () |
| 5. Cocaína/Crack/merla | 11. Solventes/Inalantes () |
| 6. Anfetaminas () | 12. Tabaco () |
| | 13. Outras () |

Resposta: (registrar por extenso) _____

Referências Bibliográficas: (registrar por extenso)

CLASSIFICAÇÃO DO CLIENTE:

QUEM BUSCA A INFORMAÇÃO (selecionar):

- | | |
|---------------|-------------------------|
| 1. Mãe () | 5. Irmão () |
| 2. Pai () | 6. Irmã () |
| 3. Esposa () | 7. Outro/Qual () _____ |
| 4. Marido () | |

O Sr.(a) alguma vez procurou ajuda?

1. SIM () 2. NÃO ()

LOCAL DA CHAMADA: Cidade: _____ UF: _____

PROFISSÃO: (selecionar)

- | | |
|---------------------|-----------------------------------|
| 1. Aposentado () | 5. Estudante () |
| 2. Autônomo () | 6. Profissional da Saúde () |
| 3. Desempregado () | 7. Profissional de outra área () |
| 4. Do Lar () | |

ESTADO CIVIL: (selecionar)

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1. Solteiro () | 3. Casado/vive com companheiro () |
| 2. Separado/divorciado () | 4. Viúvo () |

IDADE: _____

SEXO: M () F ()

RENDA FAMILIAR (salário mínimo): (selecionar)

1. () De 1 a 5 (R\$ 350,00 a 1.750,00)
2. () De 5 a 10 (R\$ 1.750,00 a 3.500,00)
3. () Mais de 10 (mais de R\$ 3.500,00)

ESCOLARIDADE: (selecionar)

- | | |
|---|---|
| (1) Analfabeto () | (5) Ensino Médio Completo (2º grau) () |
| (2) Ensino Fundamental Incompleto (1º Grau) () | (6) Superior incompleto () |
| (3) Ensino Fundamental Completo (1º Grau) () | (7) Superior completo () |
| (4) Ensino Médio Incompleto (2º grau) () | (8) Curso Técnico () |

ENDEREÇO PARA ENVIO DE MATERIAL INFORMATIVO E OU CONTATOS
PORTERIORES:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____ CEP: _____

6.5. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO FAMILIAR

Consultor (a): _____

Data da Ligação: _____

Protocolo: _____

Nome ou apelido: _____

Grupo: _____

Parentesco:

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. Mãe/ Madrasta () | 5. Filho / Enteadado () |
| 2. Pai () | 6. Avô (a) () |
| 3. Esposa () | 7. Tio (a) () |
| 4. Irmão (a) () | 8. Sobrinho () |
| | 9. Primo () |

Drogas do Usuário:

1. Álcool ()
2. Tabaco ()
3. Outras () Qual _____

Drogas do Familiar:

Você utiliza alguma substância?

1. Álcool ()
2. Tabaco ()
3. Outras () Qual _____

Já buscou ajuda para este problema?

Sim () Não ()

Qual:

1. Centro de Tratamento (CT) ()
2. Orientação Espiritual ()
3. CT e Orientação Espiritual ()
4. Profissional da Saúde ()
5. CT e Profissional da Saúde ()
6. Grupo de Autoajuda ()
7. CT e Grupo de Autoajuda ()
8. Orientação Espiritual e Profissional da Saúde ()
9. Orientação Espiritual e Grupo de Autoajuda ()
10. Profissional de Saúde e Grupo de Autoajuda ()
11. CT, Orientação Espiritual e Profissional da Saúde ()
12. CT, Orientação Espiritual e Grupo de Autoajuda ()
13. CT, Profissional de Saúde e Grupo de Autoajuda ()
14. Orientação Espiritual, Profissional de Saúde e Grupo de Autoajuda ()
15. CT, Profissional da Saúde, Orientação Espiritual e Grupo de Autoajuda ()
16. Outro () Qual: _____

6.7. ESCALA DE ADESÃO COMPORTAMENTAL

Você apresentou problemas em lembrar de buscar pelo acompanhamento familiar?

Sim Não

Você se descuidou de telefonar para o acompanhamento familiar em alguma data agendada?

Sim Não

Quando estava sentindo-se melhor, você parou de procurar pelo acompanhamento familiar?

Sim Não

Quando buscou pelo acompanhamento, você sentiu-se pior?

Sim Não

Você realizou todas as ligações que estavam agendadas no seguimento?

Sim Não

Quando você sentiu que seu (FAMILIAR) havia controlado o uso da droga, você parou de ligar?

Sim Não

Você sentiu-se incomodado por seguir corretamente as datas do seguimento do acompanhamento familiar?

Sim Não

Com que frequência você teve dificuldades para lembrar de realizar as ligações para o acompanhamento?

Nunca Quase Nunca Às Vezes Frequentemente Sempre

6.8. QUESTIONÁRIO DE FATORES SOBRE ADESÃO

Neste momento irei fazer algumas perguntas referentes ao nosso serviço e também questionarei alguns dados sobre o uso de substância do seu (FAMILIAR). Não existem respostas certas ou erradas, responda da forma que sentir-se mais à vontade:

1. Você se sentiu incomodado (a) com a mudança de profissional que realizaram os atendimentos durante o seguimento do acompanhamento?
2. Você identificou algum problema no fato do acompanhamento ser disponibilizado via telefone?
3. Quais fatores positivos você identifica no acompanhamento realizado por meio de telefone?
4. No período que você participou do acompanhamento para familiares no Ligue 132, realizou outro tratamento? Qual?
5. No período em que você participou do acompanhamento familiar, você fazia uso de alguma medicação?
6. Você já apresentou algum problema físico ou emocional?
7. Durante o acompanhamento, em algum momento o usuário parou de fazer uso das substâncias?
8. Quais as drogas que o usuário usava com mais frequência?
9. Qual a substância mais incomodava você em saber que seu (FAMILIAR) faz/fazia uso?
10. Como está o comportamento do (FAMILIAR) hoje?