

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BIANCA OLIVEIRA RUIZ

**PADRÃO DE INTERAÇÃO FAMILIAR DE USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: ESTUDO DE CASO**

SÃO CARLOS
2026

BIANCA OLIVEIRA RUIZ

**PADRÃO DE INTERAÇÃO FAMILIAR DE USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: ESTUDO DE CASO**

Tese de Doutorado Acadêmico em Ciências de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, área Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto.

SÃO CARLOS
2026

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que foram a minha base por toda a minha vida: minha mãe e meu pai (*in memorian*). Ao meu marido, que em todo momento me deu forças, motivação, confiança e consolo. Eu te amo! A minha família, que sempre me incentivou, reergueu e acreditou. Deus cuidou e sustentou. Obrigada, meu Deus!

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Bianca Oliveira Ruiz, realizada em 24/02/2026.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar)

Profa. Dra. Angelica Martins de Souza Gonçalves (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar)

Profa. Dra. Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar)

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira (Universidade de Brasília - UnB)

Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS)

AGRADECIMENTO

A realização deste doutorado só foi possível graças ao apoio, à presença e à generosidade de muitas pessoas e instituições que caminharam comigo ao longo dessa trajetória. Nenhuma conquista é solitária, e esta, especialmente, carrega a marca de muitos encontros.

À minha família, minha base e meu porto seguro, agradeço pelo amor incondicional, pela paciência nos momentos de ausência e pelo incentivo constante, mesmo quando o caminho parecia longo demais. Ao meu marido, companheiro de vida e de sonhos, deixo meu agradecimento mais profundo: pelo apoio diário, pela escuta atenta, pela compreensão nos momentos difíceis e por acreditar em mim, muitas vezes, antes mesmo que eu conseguisse acreditar.

Aos meus amigos, agradeço pela amizade que sustenta, pelos diálogos que aliviam, pelos risos que renovam e pelo acolhimento nos momentos de cansaço. Vocês tornaram essa jornada mais leve e humana.

À minha orientadora, Profa Dra Sonia Regina Zerbetto, expresso minha sincera gratidão pela confiança, pela generosidade intelectual, pelo rigor acadêmico e pelo incentivo constante ao longo de todo o processo. Sua orientação foi fundamental não apenas para a construção desta tese, mas também para meu amadurecimento acadêmico e profissional.

Aos professores que compuseram a banca examinadora, agradeço pela disponibilidade, pelas contribuições cuidadosas e pelo diálogo qualificado, que certamente enriqueceram este trabalho.

À equipe do CAPS-AD, deixo meu reconhecimento e agradecimento especial pela parceria, pela abertura ao diálogo e pelo compromisso ético. Espero que o fruto deste trabalho possa auxiliá-los e fortalecê-los na prática profissional, que vocês já executam com tanta dedicação e capacidade.

Por fim, agradeço a todos e todas que, de alguma forma, contribuíram para que este doutorado se tornasse possível. Este trabalho é também de vocês.

APRESENTAÇÃO

Chamo-me Bianca Oliveira Ruiz, tenho 34 anos, formada em Enfermagem em 2014 pela Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, e atualmente sou docente do curso técnico em Enfermagem da Escola ETEC Paulino Botelho, do Centro Paula Souza, em São Carlos, coordenadora do curso técnico de Administração, integrado ao ensino médio, da ETEC de Ibaté, e docente no curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Central Paulista -UNICEP.

No decorrer da vida, caminhando pelas mais lindas lembranças com minha família, o cuidado com a população em uso de álcool e outras drogas sempre esteve presente. Esse cuidado, até então, era motivado pela empatia e humanização, sem conhecimento técnico científico. Ao entrar no curso de Graduação em Enfermagem da UFSCar, em 2010, e ter contato com a Profa. Dra. Sonia Zerbetto, pude experienciar essa temática mais de perto, e agora sim, com um olhar embasado na ciência.

A partir deste momento, realizei os estágios no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) e iniciei minha experiência com a pesquisa realizando iniciação científica, intitulada “Avaliação de famílias de crianças e adolescentes em uso problemático de álcool, crack e outras drogas”, em 2014, com apoio de órgão de fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp, cujo objetivo foi de avaliar as estruturas internas e externas das famílias de crianças e adolescentes em uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas de um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas (CAPS-AD) de uma cidade do interior paulista. Constituiu-se de um estudo exploratório, descritivo, de método qualitativo, com entrevista semiestruturada, construção de genograma e ecomapa, utilizando-se da análise de conteúdo, categoria temática.

O olhar para a família me fez descobrir um cuidado diferenciado e integral, que me instigou a continuar a busca por conhecimento na área da Enfermagem Familiar e Saúde Mental.

Sendo assim, em 2015, iniciei o Mestrado em Ciências da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, ainda sob orientação da Profa. Dra. Sonia Zerbetto, pesquisando sobre a resiliência de familiares de adultos em uso de substâncias psicoativas, na perspectiva sistêmica. A pesquisa, intitulada “Processos de enfrentamento e resiliência familiar: percepção da família de dependentes de álcool, crack e outras drogas”, financiada pelo órgão de fomento Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), teve como objetivo compreender aspectos da percepção dos

familiares de dependentes de substâncias psicoativas sobre os elementos fundamentais no funcionamento de sua família que auxiliam na resiliência familiar. O método consistiu em pesquisa descritiva e qualitativa, realizada com cinco famílias de dependentes de substâncias psicoativas, as quais foram submetidas à entrevista semiestruturada, construção de genograma e ecomapa para contextualização. O referencial teórico interpretativo foi o de resiliência familiar de Froma Walsh e a análise dos dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo, categoria temática.

A realização desta pesquisa, o acompanhamento temporário da prática com família no CAPS-AD e as trocas de experiências com diversos profissionais e pesquisadores me revelaram lacunas importantes a serem estudadas, com o objetivo de contribuir com a prática profissional dos profissionais de saúde e, principalmente de enfermagem, da rede de saúde e da rede de atenção psicossocial, bem como propiciar um cuidado qualificado à família. E é essa busca por compreensão, respostas e construção de intervenções eficazes que decorre o percurso de pesquisa ora apresentado.

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas gera impactos negativos, não somente na vida do indivíduo, mas também nas famílias e na comunidade. As pessoas que integram o grupo familiar são afetadas em diferentes dimensões, tais como psicológica, afetiva, financeira e social, podendo vivenciar situações de violência doméstica, conflitos familiares e mudanças nas relações interpessoais. Sabe-se que a inclusão da família na assistência à pessoa com algum transtorno mental é capaz de reduzir os fatores estressantes, promover melhora do quadro clínico do indivíduo, reduzir os episódios de recaídas e internações, bem como aumentar a adesão ao tratamento. Cita-se a importância de modelos de intervenção amplamente utilizados na prática da enfermagem familiar, sendo eles o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), a Entrevista de 15 minutos; as Conversas Terapêuticas e as perguntas circulares; a Intervenção de Conversas Terapêuticas Orientadas para as Forças da Família (FAM-SOTC) e os Diagramas de Padrão Circular (DPC). Assim, as conversas terapêuticas e as perguntas circulares na abordagem sistêmica são recursos estratégicos relevantes, por proporcionarem aos membros familiares um espaço de comunicação e reflexão das interações entre eles, bem como auxiliam as(os) enfermeiras(os) na avaliação dos padrões interacionais familiares. Além disso, há poucas evidências na literatura nacional e internacional sobre o uso destes recursos, principalmente no contexto da saúde mental e, mais especificamente, de álcool e outras drogas. Este estudo teve como objetivo geral analisar os padrões interacionais entre os membros familiares no contexto de álcool e outras drogas, por intermédio de conversas terapêuticas e uso de perguntas circulares. Como objetivos específicos, identificar os padrões de comunicação circular entre membros da família; sintetizar os principais padrões interacionais a partir do diagrama de padrão circular das famílias que vivenciam o consumo de substâncias psicoativas; apreender no processo de comunicação circular pensamentos (cognitivos), sentimentos/afetos e comportamentos na perspectiva dos familiares; apreender as experiências dos familiares no contexto de álcool e outras drogas incorporando perguntas circulares; analisar o uso de perguntas circulares como ferramenta para a compreensão dos padrões interacionais. O método consistiu em pesquisa de abordagem qualitativa, tipo Estudo de Caso Único, realizada com uma família de usuário de substância psicoativa (SPA), em um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD) de uma cidade do interior paulista, tendo a presença do subsistema mãe e filho (caso índice). Foram realizadas duas entrevistas com a díade, envolvendo conteúdos sobre caracterização sociodemográfica, construção de genograma e ecomapa, entrevistas com uso de conversa terapêutica, perguntas circulares, elaboração de Diagramas de Padrão Circular (DPC), fundamentadas teoricamente pelo Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Os dados foram analisados por intermédio da Análise de Conteúdo Reflexiva (ACR). Os resultados apontaram configuração familiar monoparental (mãe solo) e a presença de dois filhos, sendo um deles o caso índice. O ecomapa apresentou rede de apoio limitada, tendo como suportes, o serviço de saúde mental especializado de base comunitária, religiosidade (apego a Deus), apoio emocional do irmão da mãe e uma fraca relação com os outros filhos. Os Diagramas de Padrão Circular abordaram presença de padrões de interação repetitivos e não adaptativos entre a díade, com circularidade negativa, permeados por crenças restritivas, que geraram estados emocionais de sofrimento psíquico e comportamentos disfuncionais, com

episódios de violência física, advindos de quadros de surtos psicóticos do filho mais velho, o qual coabitava o domicílio. Surgiram três temas: “a crença envolve a doença”, “a emergência de sentimentos negativos” e “as dificuldades de comunicação intrafamiliar”. O tema que abordou a crença envolve a doença, houve o entendimento de que a medicação amenizou as crises, a lentidão cognitiva e comportamental do filho não esteve relacionada aos medicamentos e ao diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia). A percepção materna é que os filhos deveriam se responsabilizar pelas próprias escolhas e a violência esteve relacionada aos quadros de alucinações do filho mais velho. O tema sobre a emergência de sentimentos negativos abordou a sobrecarga física e emocional materna, sentimentos de decepção, preocupação e medo da mãe durante os episódios de violência. No tema sobre as dificuldades de comunicação intrafamiliar surgiram comportamentos de apatia (filho-caso índice) e agressividade (mãe) diante dos episódios de violência familiar; ausência de comunicação efetiva e falta de diálogo, e propostas de mudanças comportamentais para fortalecerem vínculos relacionais. Conclui-se que o uso da conversa terapêutica e da comunicação circular permitiu identificar e analisar os padrões interacionais e os vínculos relacionais, bem como os pensamentos, sentimentos e comportamentos existentes na dinâmica familiar. Essas estratégias possibilitaram à díade mãe e filho refletir sobre o funcionamento e dinâmica familiar, promovendo mudanças e fortalecendo estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Família; Relações familiares; Enfermagem; Enfermagem familiar; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances generates negative impacts not only on the individual's life but also on families and the community. Family members are affected in different dimensions, such as psychological, emotional, financial, and social, and may experience domestic violence, family conflicts, and changes in interpersonal relationships. It is known that including the family in the care of a person with a mental disorder can reduce stressors, improve the individual's clinical condition, reduce relapses and hospitalizations, and increase adherence to treatment. The importance of intervention models widely used in family nursing practice is highlighted, including the Calgary Family Assessment and Intervention Model (CFAM/CFIM), the 15-minute interview; therapeutic conversations and circular questions; the Family Strengths-Oriented Therapeutic Conversation Intervention (FAM-SOTC); and Circular Pattern Diagrams (CPD). Thus, therapeutic conversations and circular questions in the systemic approach are strategic and relevant resources, as they provide family members with a space for communication and reflection on their interactions, as well as assisting nurses in assessing family interaction patterns. Furthermore, there is little evidence in the national and international literature on the use of these resources, especially in the context of mental health and, more specifically, alcohol and other drugs. This study aimed to analyze the interaction patterns among family members in the context of alcohol and other drugs, through therapeutic conversations and the use of circular questions. Specific objectives included: identifying circular communication patterns among family members; synthesizing the main interaction patterns from the circular pattern diagram of families experiencing the use of psychoactive substances; understanding thoughts (cognitive), feelings/affects, and behaviors from the perspective of family members in the process of circular communication; understanding the experiences of family members in the context of alcohol and other drugs incorporating circular questions; and analyzing the use of circular questions as a tool for understanding interaction patterns. The method consisted of qualitative research, a single case study, conducted with a family of a psychoactive substance user at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS-AD) in a city in the interior of São Paulo state, with the presence of the mother-child subsystem (index case). Two interviews were conducted with the dyad, involving content on sociodemographic characterization, construction of a genogram and ecomap, interviews using therapeutic conversation, circular questions, and the elaboration of Circular Pattern Diagrams (CPD), theoretically grounded in the Calgary Family Assessment and Intervention Model. The data were analyzed using Reflexive Thematic Analysis (RTA). The results indicated a single-parent family configuration (single mother) and the presence of two children, one of whom was the index case. The ecomap showed a limited support network, with support consisting of a specialized community-based mental health service, religiosity (attachment to God), emotional support from the mother's brother, and a weak relationship with the other children. The Circular Pattern Diagrams addressed the presence of repetitive and maladaptive interaction patterns within the dyad, with negative circularity, permeated by restrictive beliefs, which generated emotional states of psychic suffering and dysfunctional behaviors, with episodes of physical violence stemming from psychotic episodes experienced by the older son, who cohabited the home. Three themes emerged: "belief involves illness," "the emergence of negative feelings," and "difficulties

in intrafamilial communication." Regarding the theme of belief involving illness, it was understood that medication alleviated the crises, and the son's cognitive and behavioral slowness was not related to medication or the psychiatric diagnosis (schizophrenia). The children should take responsibility for their own choices, and the violence was related to the older son's hallucinations. The theme of the emergence of negative feelings addressed the mother's physical and emotional overload, feelings of disappointment, worry, and fear during the episodes of violence. The theme of intrafamilial communication difficulties revealed behaviors of apathy (son - index case) and aggressiveness (mother) in response to episodes of family violence; absence of effective communication and lack of dialogue; and proposals for behavioral changes to strengthen relational bonds. It is concluded that the use of therapeutic conversation and circular communication allowed for the identification and analysis of interactional patterns and the relational bonds, as well as the thoughts, feelings, and behaviors existing within the family dynamic. These strategies enabled the mother-child dyad to reflect on the functioning and dynamics of the family, promoting changes and strengthening coping strategies.

Keywords: Family; Family relations; Nursing; Family Nursing; Substance-related disorders.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Componentes básicos de um diagrama de padrão circular

FIGURA 2 - Genograma da família entrevistada - São Carlos, SP, 2025.

FIGURA 3 - Ecomapa da família entrevistada - São Carlos, SP, 2025.

FIGURA 4 – DPC não adaptativo

FIGURA 5 - DPC não adaptativo

FIGURA 6 - DPC não adaptativo

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização das famílias - São Carlos, SP, 2026.

QUADRO 2 - Perguntas lineares utilizadas durante a entrevista.

QUADRO 3 –Perguntas descritivas circulares utilizadas durante a entrevista para mudarem domínios dos funcionamentos familiares cognitivo, afetivo e comportamental.

QUADRO 4 - Perguntas circulares diádicas utilizadas durante a entrevista para mudarem domínios dos funcionamentos familiares cognitivo, afetivo e comportamental.

QUADRO 5 – Apresentação dos temas e subtemas.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SPA - Substâncias psicoativas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial - II

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DPC - Diagrama de Padrão Circular

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

FAM-SOTC - Intervenção de Conversas Terapêuticas Orientadas para as Forças da Família

ACORDE - Associação de Capacitação, Orientação e Desenvolvimento do Excepcional

CID - Classificação Internacional de Doenças

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 INTERVENÇÕES FAMILIARES NA SAÚDE MENTAL E NO CONTEXTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	22
2. OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3. REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.1 FAMÍLIA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA	30
3.2 MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MCAIF)	31
4. MÉTODO	39
4.1 TIPO DE ESTUDO	39
4.2 CAMPO EMPÍRICO	40
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	41
4.4 COLETA DE DADOS	42
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	45
4.6 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 CARACTERIZAÇÃO E BREVE DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA	47
5.2 DESCRIÇÃO GENOGRAMA E ECOMAPA	47
5.3 PERGUNTAS UTILIZADAS NAS ENTREVISTAS	57
5.4 DIAGRAMAS DE PADRÃO CIRCULAR (DPC)	68
5.5. APRESENTAÇÃO DOS TEMAS E SUBTEMAS	73
5.5.1 TEMA 1 – A CRENÇA ENVOLVE A DOENÇA	75
5.5.1.1 A medicação ameniza as crises	75
5.5.1.2 A lentidão não está relacionada aos medicamentos e ao diagnóstico psiquiátrico	76
5.5.1.3 Os filhos devem se responsabilizar pelas próprias escolhas	78
5.5.1.4 Aviolência está relacionada às alucinações	80
5.5.2 TEMA 2 – A EMERSÃO DE SENTIMENTOS NEGATIVOS	81
5.5.2.1 Sobrecarga e decepção	81
5.5.2.2 Preocupação e medo nos episódios de violência	83
5.5.3 TEMA 3 – AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO INTRAFAMILIAR	85
5.5.3.1 Comportamentos diante dos episódios de violência	85
5.5.3.2 Ausência de comunicação efetiva e falta de diálogo	86
5.5.3.3 Propostas de mudanças	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6.1 Limitações do estudo	95
6.2 Contribuições para a área de saúde e prática de Enfermagem	95
7 REFERÊNCIAS	97
8. APÊNDICES	116
8.1 APÊNDICE A	116

8.2 APÊNDICE B	117
9. ANEXOS	119
9.1 ANEXO A	119

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) é considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido aos números alarmantes e suas repercussões. Em 2022, de acordo com a *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2024a), quase 292 milhões de pessoas haviam consumido drogas neste ano, ou seja, 1 a cada 18 pessoas, o que corresponde a um aumento de 20% em relação aos últimos 10 anos.

O respectivo relatório também salienta que aproximadamente 30 milhões de pessoas consumiram anfetaminas no último ano e 60 milhões de pessoas, opioides. Um fator que contribuiu para o aumento do uso de drogas é a retomada do consumo de substâncias estimulantes, entre elas a cocaína e o ecstasy, os quais apresentaram um declínio durante o início da pandemia da COVID-19. As novas estimativas sugerem que 1 em cada 81 pessoas em todo o mundo sofria de transtorno por uso de drogas em 2022, representando um aumento de 3% em relação a 2018 (UNODC, 2024a).

O impacto disso é visto no número alarmante de mortes. É estimado que, no mundo, pelo menos 160 mil pessoas morreram, por ano, por causas relacionadas diretamente ao uso de SPAs, nos últimos anos (UNODC, 2024b).

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) gera impactos negativos, não somente na vida do indivíduo, mas também nas famílias e na comunidade. As pessoas que integram o grupo familiar são afetadas em diferentes dimensões, tais como psicológica, afetiva, financeira e social, podendo vivenciar situações de violência doméstica, conflitos familiares e mudanças nas relações interpessoais (Selotole et al., 2022; Mardani et al., 2023).

Os estudos geralmente apontam a família como cenário de risco, enfatizando as suas disfuncionalidades no contexto da dependência de SPA (Hansson et al., 2022), bem como situações de desesperança na recuperação do parente e rompimento das relações interfamiliares (Mardani et al., 2023; Rodrigues, Rodrigues, 2025).

Pesquisas atuais continuam a demonstrar que características familiares afetam e influenciam o uso de substâncias psicoativas, principalmente por adolescentes, como por exemplo, a qualidade dos relacionamentos familiares e a comunicação entre seus membros, menor monitoramento parental, estresse, seletividade parental e conflito parental (Jarvis et al., 2023).

Sabe-se que a convivência com familiares em uso problemático de álcool e outras drogas pode afetar as relações familiares, emergindo sentimento de insegurança e medo, estresse psicológico ao longo do tempo, culpa, ansiedade, distanciamento físico e mental,

impacto na saúde, conflitos na família e mudança de papéis (Johannessen et al., 2022; Mardani et al., 2023). Revisão sistemática de estudos qualitativos salientam que as famílias vivenciam a descoberta do consumo de SPAs pelo seu parente e buscam justificativas para tal fato; elas são estigmatizadas e se isolam socialmente como modo de enfrentamento; transformam sentimentos positivos iniciais (preocupação e cuidado) em sentimentos negativos (raiva, culpa, vergonha, desejos de separação); vivem situações de conflitos nas relações familiares e buscam mecanismos de enfrentamento por intermédio de apoios moral, financeiro, informativo, social e espiritual/religioso (Mardani et al., 2023).

Porém, uma visão mais positiva dos processos relacionais familiares, das forças da família, seus aspectos funcionais e modos de enfrentamento e superação no contexto da dependência química tem sido estudada (Silva et al., 2023; Lima et al., 2025), considerando que a funcionalidade familiar se constrói, se desenvolve e é vivida em um contexto relacional e experiencial ao longo da vida (Walsh, 2016a).

Desta maneira, a resiliência familiar e a (re)descoberta das forças da família tornaram-se temáticas relevantes de investigação para o contexto adverso das SPAs (Silva et al., 2023; Lima et al., 2025), compreendendo a resiliência como a maneira que a unidade familiar enfrenta e maneja as situações, se organiza para superá-las no cotidiano da vida, bem como a possibilidade de transformação da funcionalidade e dinâmica da família (Walsh, 2016a, 2016b, 2021).

Portanto, as famílias de usuários de substâncias psicoativas possuem pontos fortes/forças facilitadoras que as empoderam para enfrentar de maneira assertiva as adversidades cotidianas (Meireles, 2023).

A temática de resiliência familiar foi objeto de estudo de pesquisa qualitativa de mestrado da autora deste projeto, sendo que se observou a necessidade de se compreender melhor os padrões interacionais familiares e implementar intervenções em famílias, auxiliando-as no desenvolvimento e fortalecimento de suas forças e de resiliência familiar.

Sabe-se que a inclusão da família na assistência à pessoa com algum transtorno mental é capaz de reduzir os fatores estressantes, promover melhora do quadro clínico do indivíduo, reduzir os episódios de recaídas e internações, bem como aumentar a adesão ao tratamento (Souza, Santos, Souza, 2023; Camargo, 2024). Apesar de não fazer parte das rotinas dos serviços de saúde, a intervenção familiar se faz necessária e apresenta benefícios a todos os envolvidos, sendo de extrema importância que os profissionais

estejam habilitados para o atendimento às famílias de forma qualificada, incluindo essa unidade no cuidado (Camargo, 2024).

Wright e Leahey (1999) descrevem que, no tocante à inclusão da família no cuidado, os enfermeiros são permeados por crenças de que esse cuidado despende tempo, o qual é escasso em suas rotinas de trabalho, além de acreditarem que a função de conversar terapêuticamente com a família é de outro profissional, e que eles não estavam preparados para lidar com as demandas que pudessem surgir. Mohr et al. (2023) apontam outras barreiras, como fatores relacionados à própria família, ou seja, falta de entendimento e aceitação do transtorno mental, resistência para a mudança, estigmas e preconceitos, questões sociais que reduzem o acesso aos serviços de saúde, rede familiar fragilizada, bem como os fatores relacionados à estrutura organizacional do serviço e aos profissionais, como disponibilidade e horário de funcionamento dos serviços de saúde mental.

Revisão de literatura nacional sobre a inclusão da família na assistência em saúde mental ressalta que os familiares reconhecem que, atualmente, existe um cuidado diferenciado à pessoa com transtorno mental, e que se sentem protegidos e mais seguros na presença dos profissionais de saúde mental. Entretanto, observa-se ainda algumas fragilidades nos serviços e nos profissionais, como a falta de um espaço apropriado, onde possam discutir e refletir sobre o cotidiano com o doente, a existência do preconceito por parte de alguns profissionais, e a necessidade de promover ações de acolhimento, escuta, esclarecimentos acerca da doença, assistência nos momentos de crise, a fim de incentivar a participação do cuidador no processo de reabilitação psicossocial. Assim, as famílias reconhecem a relevância dos serviços de saúde mental à assistência ao familiar na rede de atenção psicossocial, mas destacam deficiências estruturais e organizacionais institucionais, bem como a inserção efetiva da família nesses espaços (Felisberto; Soratto, 2025).

O envolvimento dos familiares no tratamento do usuário de SPA é um desafio, justificado pela falta de rotina de cuidados específicos a questões familiares pelos profissionais (Hansson et al., 2022).

Assim, modelos de intervenção familiar, tais como Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção de Família (Wright, Leahey, 2012; Shajani, Snell, 2023) e Modelos de Crença de Doenças (Wright; Bell, 2009) foram desenvolvidos e criados em contextos diversos de prática clínica com o sistema familiar. Com embasamentos na Enfermagem Familiar Sistêmica, surge a entrevista familiar de 15 minutos ou entrevista breve com a família (Wright, Leahey, 2012; Shajani, Snell, 2023).

Estudos sobre intervenções de enfermagem familiar têm demonstrado resultados positivos no tocante à saúde dos indivíduos e famílias (Rodrigues, Viegas, 2022; Alfaro-Díaz et al., 2022; Kim, Park, 2023).

Cita-se a importância de modelos de intervenção amplamente utilizados na prática da enfermagem familiar, sendo eles o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) (Wright, Leahey, 2012; Shajani, Snell, 2023), a Entrevista de 15 minutos (Wright, Leahey, 2012; Shajani, Snell, 2023); as Conversas Terapêuticas e as perguntas circulares (Wright, Leahey, 2012; Shajani, Snell, 2023); a Intervenção de Conversas Terapêuticas Orientadas para as Forças da Família (FAM-SOTC) (Svavarsdottir; Gisladdottir, 2019) e os Diagramas de Padrão Circular (DPC) (Wright, 2019; Shajani, Snell, 2023).

A entrevista de 15 minutos é uma estratégia rápida e eficaz no cuidado (Svavardosttir et al., 2015), que envolve habilidades do enfermeiro pautados nos conhecimentos de avaliação e intervenção familiar, sustentados pelo Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF). Utiliza-se então as conversas terapêuticas, as boas maneiras, o genograma e o ecomapa, as questões terapêuticas e os elogios à família (Wright; Leahey, 2012).

A conversa terapêutica é uma das intervenções da enfermagem familiar no processo relacional terapêutico entre membros familiares e enfermeiro(a), que tem uma intencionalidade, significados e com o objetivo de realizar uma escuta qualificada e ajudar no cuidado (Bell, 2016). Os objetivos das conversas terapêuticas consistem em melhorar ou manter o funcionamento familiar nos domínios de pensamentos, nas emoções e comportamento dos familiares (Shajani; Snell, 2023). As conversas terapêuticas são sensíveis à linguagem, cultura, ambiente, tempo disponível e orientação teórica, sendo benéficas para familiares e enfermeiros(as) (Bell, 2016). Entretanto, o estudo salienta a necessidade de mais pesquisas direcionadas à análise de conversas terapêuticas entre enfermeiros(as) e famílias no processo de comunicação relacional (Bell, 2016), o que justifica este presente estudo.

Wright (2019) ainda destaca a comunicação circular entre os membros da família, enfatizando que a circularidade de um padrão interacional é o aspecto mais importante para compreender a interação entre díades, uma vez que cada pessoa influencia e é influenciada pelo comportamento do outro. Os padrões de comunicação circular podem ser adaptativos, ou seja, possibilitando crescimento, cuidado, cura e amor, bem como podem ser não adaptativos, aumentando e estimulando o sofrimento, a desconfiança e a mágoa.

A contribuição mais significativa dos enfermeiros é convidar famílias para vivenciarem interações mais adaptativas e amorosas, capazes de amenizar o sofrimento de todos os membros da família. O foco nos relacionamentos com seus padrões repetitivos de interação emerge de uma perspectiva sistêmica sobre o funcionamento da família para profissionais de saúde (Rolland, Walsh, 2005; Wright, Bell, 2009; Wright, Leahey, 2012; Bell, 2016; Rolland, 2018; Shajani, Snell, 2023).

Para concretizar e simplificar os comportamentos repetitivos observados nos comportamentos da família são utilizados os diagramas de padrão circular (DPC), abordando comportamentos, inferências e presunções de significados. A inferência é o que acontece dentro de cada membro quando eles interagem com outro membro familiar. As presunções, especulações ou inferências podem ser cognitivas (ideias, conceitos ou crenças), afetivas (emoções) ou ambas. O afeto e/ou a cognição podem conduzir ou convidar um comportamento específico (Wright, 2019; Shajani; Snell, 2023).

Assim, no processo de acolher e cuidar de famílias, principalmente no contexto de álcool e outras drogas, percebe-se a relevância dos enfermeiros(as) se apropriarem de conceitos e práticas de modelos de avaliação e intervenção na perspectiva sistêmica, portanto, que os possibilite apreender e compreender os processos interacionais, a reciprocidade e a circularidade entre o paciente e outros membros da família.

A literatura salienta que enfermeiros(as) generalistas e de família necessitam adquirir competências e habilidades para apreender e avaliar os padrões de interação dos familiares, pressupondo-se que os comportamentos, sentimentos e pensamentos podem ser melhor compreendidos no contexto relacional (Wright, 2019; Shajani, Snell, 2023).

A partir desta habilidade conceitual de enfermagem familiar, o(a) enfermeiro(a) consegue identificar as forças familiares para ajudá-los no processo de enfrentamento e resolução de situações conflitantes e desafiadoras. Quando a avaliação da enfermagem foca nos padrões relacionais em relação ao impacto e ressonância da situação do adoecer na unidade familiar e como a família responde a esta situação, todos os membros são beneficiados (Wright, 2019).

1.1 INTERVENÇÕES FAMILIARES NA SAÚDE MENTAL E NO CONTEXTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

De grande importância na assistência em saúde mental, as tecnologias leves¹ de cuidado são produzidas na relação face a face entre os profissionais e os familiares. Essa relação direta permite a aproximação e interação entre os envolvidos, permitindo a apreensão das reais necessidades presentes no dia a dia dos familiares, expressão de medos, sentimentos, sonhos, angústias e frustrações. A partir disso, o profissional consegue levantar as demandas e elaborar possíveis intervenções (Schütz, 2012).

Os estudos recentes que apontam intervenções com a unidade familiar na abordagem sistêmica na atenção psicossocial (Sampogna et al., 2023), e especificamente no consumo problemático de SPAs (Esteban et al., 2023; Sampogna et al., 2023; Allan et al., 2024), focam experiências e vivências de estratégias de tratamento baseadas na Terapia Familiar Sistêmica. A Terapia Familiar Sistêmica tem como objetivo atender famílias em processo de conflitos entre seus membros, resultantes de crises, mudanças no ciclo vital familiar, sofrimento psíquico, situações de adoção, luto e crises financeiras, entre outras situações que levam a família a buscar terapia. Além de uma técnica terapêutica, ela é uma forma de abordagem e reflexão sobre as questões familiares em seu contexto relacional, com uma perspectiva cultural e social (Wilke; Lobo; Neufeld, 2024).

Revisão narrativa de literatura que aborda sobre intervenções preventivas em familiares no desenvolvimento de comportamento de risco na adolescência, fundamentadas na Teoria Familiar Sistêmica, salienta o uso de técnicas e instrumentos tais como, reestruturação (objetiva mudar padrões organizacionais e delimitar fronteiras entre subsistemas familiares) por intermédio da encenação de situações conflituosas vivenciadas, genograma, técnicas narrativas de histórias familiares, elaboração de linha do tempo ou da vida (traçar momentos marcantes dos familiares), metáforas (identificar semelhanças entre as relações interpessoais e eventos) e escultura familiar (representação espacial do sistema relacional familiar) (Pinheiro Carozzo et al., 2020). Relato de experiência de processo psicoterapêutico familiar salienta o uso de estratégias de perguntas circulares, reflexivas, devolutivas e uso de metáforas (Alves; Carvalho, 2018).

¹ As tecnologias leves consistem em ações de cuidado com foco no processo relacional durante o processo de trabalho em saúde, que possibilitam o acolhimento, a escuta qualificada, a responsabilização compartilhada e a autonomização do usuário ou paciente (MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002).

Estudo de revisão sistemática sobre eficácia e efetividade de diversas modalidades de terapias familiares sistêmicas no contexto de consumo problemático de SPAs ressaltam a relevância de inserção de familiares no processo terapêutico para beneficiar usuários e funcionalidade familiar. Os melhores resultados da Terapia Familiar envolvem idade e gravidade do consumo de SPAs, ou seja, maior impacto em amostras de adolescentes e maior grau de evolução clínica da dependência química (Esteban et al., 2023).

As diretrizes clínicas internacionais para tratamento de transtornos mentais têm enfatizado cada vez mais o apoio familiar e o fortalecimento do paciente e de sua família, baseados em evidências de estudos internacionais que demonstram os resultados positivos das intervenções psicossociais, promovendo melhorias no funcionamento familiar (Svavarsdottir; Gisladdottir, 2019).

Revisão integrativa aponta respostas de familiares após realização de intervenções familiares na perspectiva sistêmica e categorizadas por domínios cognitivos, afetivos e comportamentais do Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF). O estudo salienta que no domínio cognitivo, os familiares reconhecem que as intervenções possibilitaram melhor conhecimento sobre a doença e melhor convivência com ela. No aspecto comportamental, as ações familiares consistiram na solidariedade e atenção mútua, por intermédio da comunicação assertiva. No domínio afetivo, a intervenção proporcionou à família minimizar o sofrimento e aumentar o bem-estar tanto no individual como na unidade familiar (Östlund; Persson, 2014).

As intervenções familiares têm sido amplamente realizadas com famílias de adolescentes, para prevenção de comportamentos de risco destes (Pinheiro-Carozzo et al, 2020). Estudos enfatizam os efeitos benéficos das intervenções no contexto de abuso de álcool (Das et al., 2016), obesidade (Ash et al., 2017), com membros familiares com algum grau de dependência de cuidado (Santos, 2023), cuidados paliativos (Girão, 2022), transição para a parentalidade (Pinto, 2023), sintomas somáticos (Hulgaard; Dehlholm-Lambertsen; Rask, 2019), uso de tabaco (Brown et al., 2017; Thomas, Baker, Thomas, 2016), pensamentos e comportamentos suicidas (Frey; Hunt, 2018) e saúde mental (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).

Estudo com profissionais e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS AD) no Rio Grande do Sul aponta a escuta, o acolhimento, o atendimento individual, as orientações, os encaminhamentos, os grupos de familiares e as visitas domiciliares como ações de cuidado desenvolvidas aos familiares de usuários de substâncias psicoativas (Siqueira et al., 2019), entretanto, a pesquisa não se fundamentou na perspectiva sistêmica.

Porém, cada vez mais estudos têm apontado a necessidade da intervenção familiar, focando nos seus benefícios e na sua importância como estratégia de cuidado (Sari, Duman, 2022; Shajani, Snell, 2023).

Assim, este estudo tem como pressuposto que as intervenções familiares fundamentadas na perspectiva sistêmica e propostas às famílias pelos enfermeiros também podem ser benéficas no cuidado às famílias no contexto de álcool e outras drogas.

No contexto da saúde mental, a literatura salienta que intervenções que envolvem psicoeducação individual e familiar melhoram o funcionamento social e familiar, reduz risco de recaída e diminui sintomas psicóticos, e consequentemente, diminui as internações psiquiátricas. Pesquisas com metodologias qualitativas e quase-experimentais em enfermagem familiar apontam resultados positivos das intervenções sistêmicas direcionadas para respostas eficazes dos pacientes e familiares às consequências da doença (Sveinbjarnardottir; Svavarsdottir; Wright, 2013).

Outro estudo de tipo quase-experimental investigou os efeitos do suporte familiar e ações de psicoeducação fundamentados no MCIF nas demandas de enfrentamento, sofrimento psicológico e resiliência psicológica em cuidadores familiares de pacientes psiquiátricos crônicos internados e de ambulatorios. Os resultados salientam inexistência diferencial estatística entre os grupos experimental e controle de variáveis sociodemográficas (Sari; Duman, 2022).

Como resultado do estudo, houve uma diminuição estatística significativa na variável sofrimento do grupo experimental nas medições antes, logo após e 3 e 6 meses após a intervenção ($p < 0,05$), porém inexistiram no item enfrentamento e resiliência psicológica (Sari; Duman, 2022). Apesar das evidências destes estudos salientarem eficácia das intervenções familiares no contexto da saúde mental, estas intervenções ressaltam as orientações sobre o transtorno mental específico e o manejo das sintomatologias.

Entretanto, Fendrich (2019) aponta algumas barreiras identificadas por enfermeiros para implementarem intervenções familiares, tais como questões organizacionais deficientes dos serviços, supervalorização do modelo biomédico, limite de tempo da entrevista e dificuldades na construção do genograma e ecomapa, sendo este justificado por ambiente inadequado, falta de habilidades práticas e domínio dos instrumentos, e falta de informação pelos membros das famílias. Como proposta, e com embasamentos na Enfermagem Familiar Sistêmica, surge a entrevista familiar de 15 minutos ou entrevista breve com a família (Shajani; Snell, 2023).

Considerando-se que as conversas terapêuticas constituem em uma das intervenções de enfermagem familiar e as perguntas circulares consistem em ferramentas na abordagem sistêmica e podem ser inseridas nestas conversas, percebe-se a relevância de realizar uma breve revisão narrativa de literatura sobre a implementação de conversas terapêuticas e perguntas circulares no cuidado de famílias, fundamentadas no MCIF.

No contexto de doenças crônicas, alguns estudos que envolvem a implementação de conversas estruturadas e terapêuticas realizadas por enfermeiros durante interação familiar, permeiam situações vivenciadas pela família com membros vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) (Lutz, Camicia, 2023; Pusa, Isaksson, Sundin, 2021).

Os resultados destes estudos apontaram que as famílias reconheceram a relevância da intervenção das conversas terapêuticas, considerando que proporcionou melhor aproximação e compreensão mútua entre os familiares, fortalecimento dos laços familiares e coesão intrafamiliar (Lutz, Camicia, 2023; Pusa, Isaksson, Sundin, 2021). O diálogo entre os membros da família facilitou uma nova percepção da família enquanto unidade (Lutz; Camicia, 2023). Outro ponto forte reconhecido pelos familiares envolveu o reconhecimento da capacidade familiar em identificar e enfrentar os desafios cotidianos (Lutz; Camicia, 2023), compartilhar tais dificuldades vivenciadas entre seus membros e gerenciá-las de modo compartilhado intrafamiliar, identificando novas perspectivas sobre as próprias famílias, visualizar o futuro delas e seguir em frente em união entre seus membros (Lutz, Camicia, 2023; Pusa, Isaksson, Sundin, 2021).

No contexto da saúde mental, estudo com desenho controlado com grupo controle (cuidados habituais) e experimental (conversas terapêuticas curtas), pré e pós, avaliou a eficácia da intervenção por intermédio da conversa terapêutica com famílias em ambiente de internação psiquiátrica, no referente ao suporte percebido da família, a função familiar expressiva e o seu bem-estar geral. Os enfermeiros da respectiva unidade psiquiátrica foram capacitados, treinados e supervisionados em intervenção terapêutica de conversação baseada no MCIF. Metodologicamente, a intervenção consistiu em conversas terapêuticas, de 30 a 60 minutos cada, implementando elementos da entrevista familiar curta (aplicação do genograma e 2 a 3 perguntas terapêuticas) e ressaltando as forças da família através do uso de comendas. Após, foram aplicados diversos instrumentos de mensuração familiar. Os principais resultados salientaram que a intervenção de conversa terapêutica curta proporcionou maior apoio cognitivo e emocional em relação aos familiares que receberam o cuidado padrão (Sveinbjarnardottir; Svavarsdottir; Wright, 2013).

Outra pesquisa taiwanesa de método quase-experimental avaliou a eficácia de Intervenção Breve de Conversação Terapêutica Orientada para os Pontos Fortes da Família (FAM SOTC) na gravidade dos sintomas de pacientes com esquizofrenia e enfrentamento familiar e sobrecarga do cuidador para cuidadores familiares. As sessões de encontro relacional terapêutico com as famílias consistiram em avaliação familiar baseada no MCAF por intermédio do uso de genograma e ecomapa, com o objetivo de obter a estrutura familiar, os seus pontos fortes e interações sociais, bem como a narrar suas dificuldades e modos de enfrentamentos para avaliar as preocupações das famílias. As outras sessões envolveram intervenções de psicoeducação e de apoio baseadas no CFIM e identificação de crenças restritivas e facilitadoras, com o objetivo de informar sobre a doença e seu manejo de sintomas, promover mudanças positivas nas crenças sobre a doença, identificar as estratégias de enfrentamento direcionadas ao transtorno, reconhecer as respostas emocionais expressas por pacientes e cuidadores familiares e salientar as forças e recursos potenciais das famílias. A última sessão possibilitou identificar perspectivas positivas para o futuro e promover esperança, bem como refletir sobre as possíveis mudanças terapêuticas ocorridas durante a intervenção. Os resultados apontaram melhorias estatisticamente significativas na gravidade dos sintomas, enfrentamento familiar (apoio social) e melhora na sobrecarga do cuidador-familiar no grupo experimental (Hsiao et al., 2022).

Outros estudos internacionais têm utilizado o FAM-SOTC em diferentes contextos, tais como, cuidadores de pessoas com transtorno alimentar (Gisladdottir et al., 2016), familiares de crianças com doenças crônicas (Svavarsdottir et al., 2020) e familiares de pacientes com transtorno mental grave (Sveinbjarnardottir; Svavarsdottir, 2019).

A partir disso, a estratégia de Intervenção de Conversas Terapêuticas Orientadas para as Forças da Família (FAM-SOTC) é vista como facilitadora na interação entre os profissionais de enfermagem e os membros familiares, uma vez que promove o acesso ao funcionamento familiar e o suporte da família através de questões reflexivas, que ajudam a trazer à tona e fortalecer as forças familiares e a resiliência (Svavarsdottir; Gisladdottir, 2019).

A base conceitual da FAM-SOTC (Sveinbjarnardottir; Svavarsdottir, 2019) é a Avaliação da Família no modelo Calgary (Calgary Family Assessment Model – CFAM) e o Modelo Calgary de Intervenção (Calgary Family Intervention Model – CFIM) (Wright; Leahey, 2012), bem como o Modelo de Crenças de Doença, que considera o

sofrimento familiar decorrente de suas crenças sobre a doença, e não propriamente da doença (Wright; Bell, 2009).

O CFAM aborda três categorias, sendo elas domínios estruturais, de desenvolvimento e funcionais. O CFIM é direcionado a três domínios do funcionamento familiar, a saber, o cognitivo, afetivo e comportamental, sendo esses os fundamentos teóricos do apoio familiar que embasam a intervenção FAM-SOTC (Wright; Bell, 2009; Shajani, Snell, 2023). Por fim, no Modelo de Crenças de Doenças se dedicam a atuar de forma a facilitar o relacionamento terapêutico com os membros da família (Sveinbjarnardottir; Svavarsdottir, 2019).

A intervenção FAM-SOTC tem como conteúdo cinco elementos principais. O primeiro é traçar histórias de doenças, seguido por fazer perguntas terapêuticas, bem como identificar pontos fortes, resiliência e recursos, além de oferecer informações e recomendações baseadas em evidências, e, por fim, fortalecer as crenças facilitadoras e úteis, de modo a desafiar as crenças restritivas e dificultadoras. Todo esse processo é realizado em um contexto de relação terapêutica (Svavarsdottir; Gisladdottir, 2019).

No referente às perguntas circulares, enquanto recurso das conversas terapêuticas, a literatura aponta a utilização em pesquisas qualitativas que abordam experiências familiares com disforia de gênero em jovens australianos (Westwater et al., 2022). As perguntas circulares são muito utilizadas, pois auxiliam a explorar melhor as relações existentes, podem ajudar o familiar a perceber a situação na perspectiva do outro, ajudam no processo reflexivo dos padrões de interação familiares e influência mútua, bem como o impacto da situação vivenciada pelos membros, proporcionando-lhes esclarecimentos sobre seus processos relacionais, pensamentos e crenças, emoções e comportamentos (Bonfim, 2025), oportunizando um espaço para mudanças nas crenças e comportamentos (Shajani; Snell, 2023).

Assim, outro pressuposto deste estudo é que as conversas terapêuticas, perguntas circulares e a construção do diagrama de padrão circular auxiliam os enfermeiros na avaliação do padrão de interação em famílias no contexto de álcool e outras drogas.

Diante do exposto, percebe-se a escassa produção de conhecimento científico a respeito das intervenções familiares no âmbito de álcool e outras drogas na perspectiva sistêmica, realizada por profissionais enfermeiros, ressaltando a necessidade de estudos acerca desta temática.

Assim, este estudo tem como questões de pesquisa: Quais são os possíveis padrões interacionais que permeiam a funcionalidade familiar no contexto de uso problemático de álcool e outras drogas? Quais são os possíveis comportamentos, pensamentos e

sentimentos expressos na interação de familiares no contexto de consumo de substâncias psicoativas que podem ser adaptativos ou não? Quais perguntas terapêuticas e circulares direcionadas para a unidade familiar no âmbito de álcool e outras drogas podem ser elaboradas?

Diante disso, esse estudo justifica-se pela sua relevância tendo em vista a necessidade de se compreender os padrões interacionais circulares entre os membros familiares e investir consistentemente em intervenções, principalmente na área da dependência de SPAs, que melhorem as interações entre os componentes familiares e o(a) enfermeiro(a), o funcionamento familiar e os recursos de apoio e suporte por meio de conversas terapêuticas que promovem reflexões sobre as experiências de doença, das forças e da resiliência familiar (Figueiredo et al., 2020; Svavarsdottir; Gisladdottir, 2019). Além disso, esse estudo contribuirá para a produção de conhecimento científico da área de Enfermagem Familiar no contexto de saúde mental e de álcool e outras drogas, considerado escasso no Brasil nesta temática.

Este estudo busca se alinhar aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Brasileiro (ODS), principalmente no eixo 3, o qual aborda Saúde e Bem-estar, assegurando vida saudável e promoção de bem-estar para todos e todas, em qualquer faixa etária. Espera-se que este estudo possa contribuir com o subitem da ODS, o qual envolve reforço e ações preventivas e terapêuticas em relação ao uso prejudicial de SPAs. Acredita-se que ao identificar os processos relacionais, as crenças, os estados emocionais (afetos) e comportamentais do usuário de álcool e outras drogas e membros familiares, possa planejar intervenções preventivas e terapêuticas para promover mudanças na unidade familiar, melhorar a sua qualidade de vida, por intermédio de conversas terapêuticas e perguntas circulares e lineares.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os padrões interacionais entre os membros familiares no contexto de álcool e outras drogas, por intermédio de conversas terapêuticas e uso de perguntas circulares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os padrões de comunicação circular entre membros da família.
- Sintetizar os principais padrões interacionais a partir do diagrama de padrão circular das famílias que vivenciam o consumo de substâncias psicoativas.
- Apreender no processo de comunicação circular pensamentos (cognitivos), sentimentos/afetos e comportamentos na perspectiva dos familiares.
- Apreender as experiências dos familiares no contexto de álcool e outras drogas incorporando perguntas circulares.
- Analisar o uso de perguntas circulares como ferramenta para a compreensão dos padrões interacionais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FAMÍLIA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA

É de suma importância destacar o papel que a família exerce no desenvolvimento e na construção do ser humano.

A família é a unidade social mais antiga da história humana, sendo reconhecida como o primeiro grupo social de um ou mais indivíduos, e trata-se de um conceito submetido a mudanças, adaptável ao tempo e aos modelos sociais emergentes, em constante transição como forma de adaptação (Minuchin, 1985; Vilasboas, 2020).

Sendo assim, com a evolução social, o conceito de família passou por transformações, fruto dos novos princípios, normas e julgamentos, considerando suas relações de natureza biológica ou afetiva (Minuchin, 1985; Vilasboas, 2020).

Friedman (2003) define família como duas ou mais pessoas conectadas por vínculo de compartilhamento e proximidade emocional afetiva, se identificando como parte de um mesmo núcleo familiar, e não somente consanguinidade.

A família, na perspectiva sistêmica, consiste em uma unidade ou sistema, que pode ou não conter crianças. Os membros podem ou não ter laços consanguíneos / viver juntos, havendo comprometimento e apego entre os membros da unidade que incluem obrigações futuras. Ressalta-se que nesta unidade, podem existir conflitos e que as funções de cuidado da unidade familiar consistem na proteção, nutrição e socialização de seus membros. Afeição, laços emocionais fortes, senso de pertencimento e durabilidade das relações determinam a composição familiar (Shajani; Snell, 2023)

A visão sistêmica tem sido aplicada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias na sua complexidade. Alguns conceitos têm sido amplamente utilizados na prática clínica com famílias, proporcionando um fundamento teórico para a compreensão da família como um sistema, sendo um complexo de elementos em constante interação. Neste pensamento, a interação entre os membros familiares influencia sua funcionalidade, bem como a sua dinâmica funcional pode influenciar nas relações interpessoais do sistema (Shajani; Snell, 2023).

A partir disso, considera-se que um sistema familiar é parte de um sistema mais amplo, contendo outros subsistemas, podendo ser eles de crenças, relacionais, instituições, papéis e funções, entre outros. Compreende-se que a família como um todo é maior que a soma de suas partes e uma mudança em um membro é capaz de afetar todos os outros. Acredita-se que as famílias estão em estado de fluxo constante, com frequentes alterações, sendo capaz de criar um equilíbrio dinâmico entre mudança e

estabilidade. Visto isso, os comportamentos dos membros familiares são melhor compreendidos a partir de um ponto de vista de causalidade circular e não linear (Shajani; Snell, 2023).

Estudo de método misto realizado na Holanda revelou que os profissionais enfermeiros perceberam a importância de ter uma visão sistêmica do grupo familiar, e que essa abordagem pode melhorar o seu relacionamento entre equipe, paciente e seu parente, e a rotina profissional (Broekema et al., 2018). Nesse sentido, estratégias adotadas que utilizam embasamento em modelos teóricos fundamentados na perspectiva sistêmica da enfermagem familiar contribuem para que o profissional utilize de forma eficaz conversas terapêuticas com as famílias (Alfaro-Díaz et al., 2022).

3.2 MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MCAIF)

Na visão da Enfermagem Familiar é inegável o impacto que o adoecimento causa na família. O adoecimento de um membro influencia toda a família, nas dimensões estrutural, funcional e desenvolvimento, envolvendo também seus conhecimentos, papéis, suas crenças, emoções e tarefas (Shajani; Snell, 2023).

A participação da família no tratamento do membro familiar é importante para dar apoio emocional ao adoecido, o que facilita a sua recuperação física e mental, de forma mais rápida e satisfatória, bem como favorece a adesão ao tratamento (Mohr et al., 2023).

A partir disso, a enfermagem assiste essa família em suas demandas, necessidades e sofrimento, ajudando-a a descobrir estratégias de enfrentamento, de organização e adaptação a essa nova realidade vivida. A enfermagem, vista como elo da equipe multiprofissional, tem grande potencial no cuidado às famílias a partir da utilização de modelos de avaliação e intervenção, como o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família (MCAIF) (Bonfim et al., 2023).

Este método pode contribuir de maneira a possibilitar meios para os profissionais de saúde desenvolverem uma assistência integral, na abordagem do indivíduo, no seu contexto de vida familiar e comunitária, bem como na busca de solução para os problemas encontrados (Moraes et al., 2024).

O Modelo Calgary de Avaliação da Família permite avaliar a organização familiar, considerando os subsistemas individual e o suprassistema. Em uma visão multidimensional da família, esse modelo integra as dimensões estrutural, de

desenvolvimento e funcional, com suas respectivas categorias e subcategorias (Morse, 2007; Shajani, Snell, 2023).

A avaliação estrutural refere-se aos aspectos estruturais da família, integrando três estruturas: interna, externa e contexto. A interna engloba composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimentos, subsistemas e limites. A externa, por sua vez, envolve família extensa e sistemas mais amplos. Por fim, o contexto aborda etnia, raça, classe social, religião, espiritualidade e ambiente (Shajani; Snell, 2023).

A avaliação de desenvolvimento se refere aos estágios do ciclo vital, tarefas e vínculos. O desenvolvimento da família está além da transição de fases, considerando crianças, adultos e idosos. É um conceito abrangente, se referindo a todos os processos de evolução associados ao crescimento familiar, focando nos significados atribuídos por cada família às histórias de desenvolvimento, ao longo do tempo (Shajani; Snell, 2023).

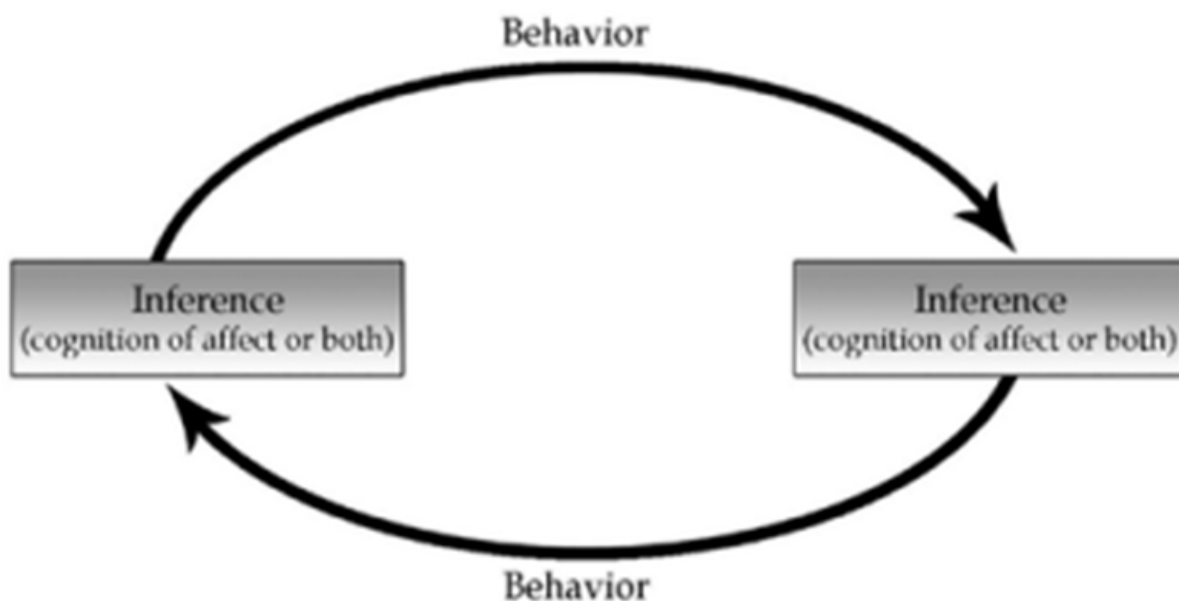
Nisso, faz-se importante diferenciar ciclo vital da família de desenvolvimento da família. O desenvolvimento se refere à trajetória única construída pela família, modelada por eventos vivenciados previsíveis e imprevisíveis (doenças, catástrofes e tendências sociais, como por exemplo). O ciclo da família se refere à trajetória típica familiar, conforme a sua cultura e etnia, com eventos previsíveis, tais como entradas e saídas de membros da família, nascimentos, educação, saída dos filhos de casa e morte, que desencadeiam mudanças e requerem reorganizações de seus membros na funcionalidade do seu sistema. Os estágios do ciclo vital da família consistem em: sair de casa – adultos jovens solteiros, união das famílias pelo casamento – o novo casal, famílias com filhos pequenos, famílias com adolescentes, encaminhamento dos filhos e saída deles de casa, famílias no fim da vida (Shajani; Snell, 2023).

Reitera-se a importância de se avaliar no ciclo vital familiar, não só os estágios e tarefas, mas os vínculos afetivos entre seus membros, extraíndo da família suas crenças quanto a vínculos mútuos e como o consideram (Shajani; Snell, 2023). A avaliação funcional da família descreve os padrões interacionais, ou seja, o comportamento da família, uns com os outros e com ambiente social mais amplo, integrando duas dimensões elementares do funcionamento familiar, sendo elas a instrumental e a expressiva. A instrumental diz respeito às atividades de vida diária, enquanto a expressiva se refere à comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões (Shajani; Snell, 2023).

No processo avaliativo funcional, os padrões de comunicação circular podem ser apreendidos por intermédio da elaboração do Diagrama de Padrão Circular (DPC). A

comunicação interacional é aquela comunicação recíproca ou circular entre os membros da família, em que cada pessoa influencia e convida o comportamento da outra (Shajani; Snell, 2023). Os padrões de comunicação circular podem ser considerados adaptativos, possibilitando crescimento, cuidado, cura e amor, bem como mal-adaptativos, aumentando e estimulando a desconfiança, a mágoa e o sofrimento (Wright, 2019). Nesse contexto, os diagramas de padrão circular (DPCs) simplificam o entendimento desses comportamentos repetitivos dentro da família (Shajani; Snell, 2023). Ele inclui dois comportamentos e duas inferências. As inferências podem ser cognitivas (ideias, conceitos e crenças), afetivas (emoções) ou ambas. Refere-se ao que cada membro pensa ou sente quando interage com outro membro familiar. Já as setas de conexão são informações transmitidas de um membro ao outro através de um comportamento (Wright, 2019).

FIGURA 1 - Componentes básicos de um diagrama de padrão circular



Fonte: Wright, 2019

Ademais, no tocante ao Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) ressalta-se que é um modelo embasado nas forças familiares e na orientação à resiliência, transportando a atenção dos déficits e disfunções para as forças e resiliência. Desta maneira, o enfermeiro, respeitando as características da unidade familiar, pode contribuir com a sua percepção, para que a família encontre novas possibilidades ou potencialize aquelas já existentes, facilitando e criando um contexto favorável a mudanças (Shajani; Snell, 2023).

As intervenções têm como objetivos promover, melhorar ou manter o funcionamento familiar assertivo e saudável contemplando os domínios cognitivo (crenças), afetivo e comportamental da família. A/O enfermeira(o) não tem papel de

observador(a), mas está inserido(a) no sistema familiar, impactando-o e sendo impactado(a) por ele. Assim, este(a) profissional prepara o contexto para mudanças e propõe intervenções à família, evitando assumir ações que instruem, direcionam ou exigem dos membros familiares alterações ou maneiras deles funcionarem (Shajani; Snell, 2023).

Entretanto, dependerá do processo relacional interfamiliar, entre enfermeiro(a) e famílias, da habilidade e competência do(a) enfermeira(o), para que a família possibilite espaços para aceitar ou não as propostas de intervenção deste profissional. Portanto, é por intermédio das conversas terapêuticas, incluindo as perguntas de intervenção, que ambos, conjuntamente, refletem e (re)descobrem alternativas e soluções para melhor funcionamento familiar (Shajani; Snell, 2023).

As perguntas de intervenção, a depender do seu objetivo, podem ser lineares ou circulares. As primeiras são aquelas que buscam informações, de forma investigativa, a fim de corrigir comportamentos e focar na causa e efeito (Shajani; Snell, 2023).

As perguntas lineares buscam obter informações do conteúdo, detalhes e fatos de uma situação. Em contrapartida, as perguntas circulares buscam compreender a família sobre os problemas e suas explicações, investigando os relacionamentos existentes entre os membros familiares, os fatos, crenças e ideias, facilitando, assim, a mudança comportamental. Estas questões podem abordar diferenças, efeitos e impactos dos comportamentos, traçar questões hipotéticas, ser diádicas ou triádicas, bem como abordar o futuro (Shajani; Snell, 2023).

Diante disso, as perguntas circulares podem auxiliar na compreensão da situação vivida pelos familiares de parentes que consomem SPAs de maneira prejudicial, bem como apreender as crenças e sentimentos que permeiam as relações familiares, seus impactos e as suas ações. Ajuda a explorar como esta família se relaciona entre eles e com o problema/situação/adversidade percebida. As perguntas circulares são ferramentas geradoras de reflexões para uma situação familiar e promove a curiosidade no profissional enfermeiro, para explorar as inter-relações dos membros, sem ser especulativo, e permitir novas visões, opções e possibilidades à família (Shajani; Snell, 2023).

As perguntas podem ser sobre diferenças, uma vez que a diferença é que produz informação. Essa pergunta explora diferenças entre diferentes períodos, entre pessoas, crenças e sentimentos, permitindo fazer ligações entre um membro da família e as problemáticas da saúde existentes naquela unidade (Wright; Leahey, 2012). São exemplos:

- Quem cuida mais?
- Quem sofre mais?
- Quem pensa diferente?

Permitindo fazer ligações entre os diferentes membros familiares, surgem as perguntas sobre efeito do comportamento. Essas questões oferecem a possibilidade de os participantes exercitarem um papel de observador de seus comportamentos e dos outros membros envolvidos, examinando as consequências desses atos (Wright; Leahey, 2012). São exemplos:

- Quando seu pai começa a beber qual é a reação de sua mãe?
- O que você pensa quando ela briga com sua mãe?

Com a possibilidade de modificar as percepções da família ligadas ao problema de saúde, as questões hipotéticas sugerem hipóteses sobre o funcionamento familiar. Elas ajudam a confirmar ou descartar uma hipótese elaborada pelo profissional que realiza a entrevista (Wright; Leahey, 2012). São exemplos:

- Seria possível que quanto mais você se preocupa que seu filho alcoolista saia para a rua, mais ele se retira e mais você se preocupa?

As questões diádicas e triádicas permitem que os membros observem como são vistos pelos outros familiares, diferente da sua própria observação. Essas perguntas são vistas como uma oportunidade para os familiares compartilharem suas observações sobre as interações entre seus membros (Shajani; Snell, 2023). As perguntas triádicas possibilitam comparar a maneira das ações de duas pessoas que podem afetar os sentimentos, crenças ou comportamento de uma terceira (Evans; Whitcombe, 2016). São exemplos:

- Que responderia seu pai se eu comentasse que ele parece sentir-se frustrado na sua experiência com a doença?
- Se eu perguntasse à sua mãe qual a opinião dela sobre a colaboração do seu pai no cuidado de seu irmão, qual seria a resposta dela?

Por fim, são realizadas perguntas sobre o futuro. Sua importância se reforça na perda da capacidade de projetar o futuro, uma vez que a família está centrada no presente. Isso permite planejar os próximos passos a serem tomados (Shajani; Snell, 2023). Exemplo de questão: Como você imagina que a doença vai ter evoluído daqui a 5 anos?

As intervenções envolvem três dimensões: cognitivo (elogiar as forças da família e de seus membros; oferecer informações e opiniões), afetivo (validar ou normalizar as respostas emocionais; incentivar as narrativas de doenças; estimular o suporte familiar) e comportamental (incentivar os familiares serem cuidadores e oferecedores de suporte; incentivar o descanso; planejar rituais) (Shajani; Snell, 2023).

Além das perguntas circulares enquanto intervenções, há algumas outras estratégias interventivas advindas da prática clínica das autoras Wright e Leahey (2012), que podem desencadear mudanças nos domínios do funcionamento familiar.

As intervenções no âmbito do domínio cognitivo proporcionam mudanças que possibilitam novas ideias, opiniões, crenças, informações ou educação, psicoeducação sobre situações de saúde ou adversidades. Assim, elogiar as forças, competências e recursos individuais e coletivos dos familiares oportuniza um contexto para a mudança e identificação de soluções para os problemas. Desta maneira, evita-se apreender e ressaltar os déficits, disfuncionalidades e deficiências de seus membros, que podem promover ou manter crenças restritivas. Tais ações positivas do profissional enfermeiro(a) possibilitam a internalização das famílias de seus pontos fortes e promovem condições de maior e melhor receptividade às interações e intervenções terapêuticas ofertadas (Shajani; Snell, 2023).

Estudos nacionais apontam que mesmo com as adversidades que são impostas às famílias ao vivenciarem o contexto de uso de SPA, elas ainda apresentam forças familiares (Lima et al., 2025), que não as deixam abandonar seus membros adoecidos e as auxiliam no tratamento deles (Miziara et al., 2022)

As forças consistem em buscar hábitos saudáveis de vida, práticas religiosas e espirituais, para fortalecer interiormente os familiares, para enfrentarem as mudanças e os percalços impostos pela doença (Miziara et al., 2022), bem como promover esperança, espiritualidade e resiliência (Lima et al., 2025). Estudo qualitativo envolvendo familiares de pessoas em uso de SPAs salienta que a espiritualidade gera esperança, e que a esperança motiva as famílias a enfrentarem as adversidades existentes, revigorando as suas forças e as fortalecendo (Camatta et al., 2022)

Outra intervenção envolve ofertar informações e opiniões (Shajani; Snell, 2023) para as famílias em relação à situação de saúde e doença, de maneira concisa, clara e

linguagem simples. A psicoeducação é um recurso potente, bem como ofertar cartilhas ou informativos sobre o contexto de SPAs. Outro recurso interventivo consiste na orientação familiar sobre os grupos de famílias ou de apoio mútuo existentes tanto no território como nos serviços de saúde mental.

Na dimensão afetiva do funcionamento familiar, as intervenções buscam reduzir ou aumentar a emotividade intensa que podem restringir as ações das famílias em solucionar os seus problemas. Validar e normalizar a afetividade que as famílias sentem ao experienciarem situações críticas ou de sofrimento pode ajudá-las a minimizar sensações de solidão ou isolamento, refletindo junto a eles sobre a experiência da doença de um dos membros e as respostas emocionais do coletivo familiar (Shajani; Snell, 2023).

Além disso, mesmo que o(a) enfermeiro(a) reconheça a singularidade de cada família, ele(a) pode promover também espaços terapêuticos grupais em que outras famílias possam compartilhar situações parecidas. Para Wright e Leahey (2012), o profissional enfermeiro(a) pode proporcionar ambiente acolhedor e de confiança para incentivar as famílias a narrarem suas experiências do processo do adoecer e da doença, suas emoções, de maneira que emergjam não somente o sofrimento ou sentimentos negativos, mas histórias de forças positivas e de superação. Tais momentos são relevantes para o processo de validar tais experiências, evitando resumir tais histórias aos sintomas, tratamentos medicamentosos e físicos.

Outra intervenção da(o) enfermeira(o) no domínio afetivo envolve o estímulo ao suporte e apoio familiar, ao proporcionar espaços onde os membros familiares possam expressar e compartilhar suas preocupações e sentimentos, auxiliando-os na obtenção e reconhecimento de suas forças e recursos para o suporte mútuo entre eles. Tais ações ajudam a melhorar a comunicação e a sobrecarga física e psicológica da família (Shajani; Snell, 2023).

No propósito de mudar o funcionamento familiar no domínio comportamental, as intervenções auxiliam no processo interacional e atitudinal entre os familiares. As técnicas para obter tal objetivo, consistem em planejar e desenvolver tarefas durante as reuniões de família. Outras ações podem contemplar o incentivo da família a assumir o papel de cuidadores, porém sempre respeitando seus limites e possibilidades. Caso o familiar seja o cuidador, motivá-lo a planejar o descanso, sem sentimento de culpa, providenciando, inclusive, um cuidador não familiar, para evitar a sobrecarga do cuidado (Shajani; Snell, 2023).

Outro recurso consiste em planejar ou resgatar os rituais familiares. Os rituais são atos simbólicos desenvolvidos conjuntamente, constituídos de ações rotineiras ou

cerimoniais, que se tornam marcantes para a família. Os rituais podem proporcionar união e coesão familiar, sentimentos amorosos (Shajani; Snell, 2023).

A literatura aponta que os rituais positivos funcionam de maneiras diversas na família, considerando a sua cultura, os seus momentos oportunos e as pessoas, e têm as suas respectivas finalidades, tais como: de relacionar-se, mudar, curar, acreditar e celebrar. A finalidade de relacionar-se contempla o modo que o membro familiar se expressa e se adapta à família para se aproximar ou distanciar no processo relacional. No referente ao mudar, envolve as ações que os membros da família realizam no cotidiano e suas atitudes ao longo da vida. O curar envolve a conclusão do processo de cicatrização da ferida emocional. Acreditar é a forma de a família expressar a sua crença e de (re)significá-la. O celebrar consiste em ritual festivo, o qual se torna marcante na vida das pessoas envolvidas (Walsh, 2012).

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois permite a apreensão do universo de significados, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar dos entrevistados, ou seja, preocupando-se principalmente em compreender a percepção dos entrevistados sobre a dinâmica das relações sociais (Minayo, 2010).

O tipo de estudo escolhido para esta pesquisa consistiu no Estudo de Caso Único, considerado por Yin (2014) como uma pesquisa empírica, que pesquisa, com profundidade e em seu contexto de vida real, um fenômeno.

De acordo com o autor, para desenvolver um bom estudo de caso é preciso formular boas questões de pesquisa e interpretar as respostas, e não apenas reproduzi-las. Durante a fase do planejamento, alguns pontos são importantes a serem observados: proteção dos sujeitos humanos; protocolo da pesquisa; escolha do caso e negociação de acesso ao caso.

Considerando o envolvimento de seres humanos na pesquisa, é necessário pensar nos riscos envolvidos a todos os participantes, obtendo consentimento informado, protegendo os participantes de qualquer dano, protegendo a privacidade e confidencialidade dos envolvidos, e adotando precauções especiais, principalmente ao envolver grupos mais vulneráveis (Yin, 2014).

Quanto ao protocolo do caso, Yin (2014) aponta que este deve conter 4 seções: visão geral do projeto, apresentando o objetivo do estudo, as leituras principais relativas ao tema, hipóteses e proposições; procedimento do campo, apresentando o caso e os locais referentes ao caso, fontes de dados e evidências, linguagem que será utilizada; questões do estudo de caso, que são aquelas que o pesquisador deve ter em mente durante a coleta de dados, bem como as principais fontes de dados a serem utilizadas para responder a estas questões; e o guia para o relatório do estudo de caso, contemplando um esboço, um formato para os dados, o uso e apresentação de outras fontes de informações.

Para coletar dados e construir evidências, o autor aborda o uso de documentação e registros em arquivos, realização de entrevista com aplicação de questionários, a observação direta e o uso de artefatos físicos, como tecnologias, instrumentos, entre outros (Yin, 2014).

A fim de maximizar os benefícios dessas fontes de evidências, Yin (2014) discorre que o pesquisador deve utilizar 4 princípios: múltiplas fontes de evidências,

possibilitando a triangulação dos dados; construção de uma base de dados do estudo de caso, contendo as notas do pesquisador, os documentos para o estudo de caso, materiais tabulados e as narrativas construídas pelo próprio pesquisador, as quais respondam às questões abertas presentes no protocolo de pesquisa; manter o encadeamento das evidências; e utilizar os dados de fontes eletrônicas com cuidado, estabelecendo limites, verificando suas prioridades, checando se a fonte é confiável e atentar-se quanto ao uso de informações advindas de redes sociais.

Por fim, no momento da análise dos dados e interpretação das evidências, o autor propõe 4 estratégias. A primeira, é buscar suporte nas proposições teóricas que originaram o projeto de pesquisa, seguida por descrição do caso, uso de dados quantitativos e qualitativos e pensar sobre explicações rivais (Yin, 2014).

De forma geral, para avaliar a validade do trabalho, é necessário que se observe a validade do construto, a validade interna e a validade externa. Ou seja, analisar se o instrumento proposto está medindo realmente aquilo que se propôs medir, se há um poder explanatório dos seus resultados, e se é possível generalizar as explicações dadas ao fenômeno do estudo de caso (Yin, 2014).

Para avaliar a confiabilidade do trabalho, Yin (2014) aponta que o objetivo principal é minimizar os erros e parcialidades do estudo, aumentando assim a qualidade do trabalho. Para alcançar essa confiabilidade, é preciso que todas as documentações estejam disponíveis em um alto nível de detalhamento.

Considerando o tipo de estudo e os objetivos desta pesquisa, considera-se como caso único estudado os padrões interacionais existentes em uma família que vivencia o consumo de substâncias psicoativas, buscando um aprofundamento dos dados e dos resultados.

4.2 CAMPO EMPÍRICO

Esta pesquisa foi realizada nas dependências de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) de uma cidade do interior paulista. Esse serviço inserido na rede de Atenção Psicossocial, de caráter aberto e comunitário, é uma unidade de atenção especializada no atendimento e tratamento dos usuários adultos, pertencentes a um território, com problemas e necessidades decorrentes do uso abusivo ou dependência de SPAs (Brasil, 2011).

O CAPS-AD é um serviço de atendimento psicossocial voltado a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPAs, com capacidade para atendimento a municípios com população superior a 70 mil habitantes (Brasil, 2002).

Neste serviço, são incluídos atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), bem como atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros). Ainda, podem ser realizadas oficinas terapêuticas, conduzidas por profissionais de nível superior ou médio, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, e atividades comunitárias focadas à integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social (Brasil, 2002).

De acordo com a legislação, o número máximo de pacientes por dia é de 45 pessoas, com 25 pacientes por turno. Para atender a essa demanda, a equipe deve ser composta por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico, 4 profissionais de nível superior, podendo ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, bem como 6 profissionais de nível médio, podendo ser técnico administrativo, técnico educacional, artesão e técnico e/ou auxiliar de enfermagem (Brasil, 2002).

O CAPS-AD, onde a pesquisa foi realizada, permanece aberto de segunda-feira à quinta-feira, das 7 horas até 19 horas, e exclusivamente às sextas-feiras, das 7 horas às 17 horas. Possui por volta de 1.100 prontuários ativos, além de aproximadamente 7.100 prontuários arquivados, sendo estes contendo os casos de alta, abandono e evasão, falecimentos, mudanças de cidade, entre outras situações (Silva, 2025).

Considera-se esse espaço pertinente para a realização do estudo, uma vez que o acesso às informações e ao histórico de vida de seus usuários e famílias é facilitado.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Consistiu em usuários adultos de substâncias psicoativas que frequentam e são cadastrados no CAPS-AD, juntamente com, no mínimo, um familiar. O usuário possui diagnóstico médico de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Como critérios de inclusão, as famílias participantes possuíam usuários de SPAs e membros que sejam de família de origem, ou de relacionamentos afetivos do tipo relacionamento íntimo estável ou casamento (parceiros), bem como de parentalidade (filhos/as, tios/as, primos/as, avós), maiores de 18 anos. Como critério de exclusão, estarem intoxicados nos dias da coleta de dados, com sinais físicos e psíquicos alterados, tais como humor lábil, agitação psicomotora, sonolência, euforia, confusão mental ou descoordenação motora, sudorese (Amaral, Malbergier, Andrade, 2010; Pereira et al.,

2025). Outro critério consistiu em processos familiares interrompidos e faltarem em pelo menos uma das etapas do processo de pesquisa.

A amostragem se deu por exaustão, ou seja, foram elencadas e convidadas todas as famílias disponíveis para participação na pesquisa e que faziam parte do universo definido pela pesquisadora (Fontanella; Ricas; Turato, 2008), durante um período proposto da pesquisa para a coleta de dados.

Salienta-se que os membros familiares foram indicados pela equipe do CAPS-AD. A equipe relatou certa dificuldade na indicação das famílias, uma vez que havia momentânea fragilidade no acompanhamento destas por parte da equipe e dos próprios usuários. Foram indicadas 3 famílias, as quais, no contato inicial da equipe, permitiram a presença do caso índice e de pelo menos 1 membro familiar durante as entrevistas. Após a indicação, foram realizadas 2 tentativas de contato telefônico com as famílias, mas apenas 1 delas atendeu a ligação, a qual aceitou participar da pesquisa. Assim, a amostragem constituiu-se de 1 família, com 2 membros familiares participantes nas entrevistas: a mãe e o filho (caso índice).

Nesse estudo, com o intuito de manter o anonimato e facilitar a compreensão dos relatos, os participantes foram identificados por letras e descrições breves. O membro familiar que realiza o acompanhamento no CAPS-AD foi identificado pela letra “U”, seguido do número da família (por exemplo: usuário da família 1 = U1). Os demais membros familiares foram identificados pelo grau de parentesco, seguido da identificação do usuário (por exemplo: mãe do usuário da família 1 = MãeU1; irmão do usuário da família 1 = IrmãoU1). As falas foram identificadas através da indicação do número da entrevista (E1 ou E2), seguida da identificação de quem referiu (por exemplo: E1MãeU1; E1Pesquisadora1).

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisadora participou de uma reunião de equipe no CAPS-AD em questão para apresentação pessoal, reconhecimento da equipe e apresentação do projeto. Foi solicitada ao gestor e à equipe de saúde do CAPS-AD, nesta reunião, a identificação de famílias que acompanham no serviço. Ainda, solicitou-se que a equipe fizesse contato prévio com a família e a indicação daquelas que aceitassem participar da pesquisa e autorizassem disponibilizar seu contato às pesquisadoras. Os dados de contato dos participantes só foram fornecidos às pesquisadoras após a família ter aceito e autorizado.

Destaca-se que se optou por uma amostra que já faça acompanhamento no CAPS-AD devido à motivação para mudança, de acordo com a justificativa sobre os comportamentos e motivações para mudança de Prochaska e Diclemente (1986). De acordo com os autores, há uma sequência de estágios progressivos e sequenciais de mudança (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção), nos quais a pessoa pode, nessa sequência, modificar o hábito de beber. Na pré-contemplação, a pessoa não reconhece o problema e não tem intenção de mudança. Já na contemplação, ele reconhece a existência de um problema, mas não toma uma decisão de mudança. Na ação, ele muda a sua atitude e o comportamento, a fim de superar o problema. Por fim, na manutenção, o indivíduo investe esforços para prevenção de recaídas e consolidação dos ganhos obtidos pela mudança.

Nesse sentido, Figlie et al. (2005) apontam que pacientes que procuram voluntariamente o serviço para tratamento da dependência química, buscando solução para seus problemas, apresentam maiores índices de contemplação, ação e manutenção, favorecendo mudanças.

Foi realizado contato telefônico com a família que aceitou participar e as entrevistas foram agendadas e realizadas nas dependências do CAPS-AD, conforme a disponibilidade e preferência de horário dos membros participantes. A entrevista foi realizada em dois encontros, entre 8 de outubro e 16 de outubro de 2025. No primeiro, participaram o usuário, sua mãe e a pesquisadora, tendo duração de aproximadamente 40 minutos. No segundo, participaram o usuário, sua mãe, a pesquisadora e a orientadora, com duração de aproximadamente 1 hora.

A cada contato com a família entrevistada, a pesquisadora se utilizou das boas maneiras que Wright e Leahey (2012) sugerem como importante ferramenta para a criação de vínculo e respeito entre os envolvidos, ou seja, atos corteses simples e profundos, que envolvem polidez, amabilidade e respeito. Diante disso, no contato inicial, a pesquisadora se apresentou, dizendo o nome e a função que ali desenvolvia, chamando-os sempre pelo nome. Além disso, a pesquisa foi apresentada e os objetivos esclarecidos com o usuário e sua família. Todos os acordos foram respeitados, incluindo datas e horários dos encontros, bem como a participação da orientadora no segundo encontro.

Para a coleta de dados qualitativos, foi realizada inicialmente a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, abordando alguns dados como idade, estado civil, sexo, religião, profissão atual, situação de trabalho, tempo de acompanhamento do familiar em tratamento no CAPS-AD (APÊNDICE A).

Foi utilizado o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), com o intuito de reconhecer e avaliar as famílias no âmbito estrutural, funcional e de desenvolvimento. Para isso, o genograma e ecomapa da família foram construídos em conjunto com os familiares, para facilitar a interação e compreensão do contexto em que essa família vive (Shajani; Snell, 2023). Houve gravação por áudio, após aceitação e autorização dos participantes.

O genograma é um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, em geral de três gerações. Oferece bases para discussão e análise das interações familiares e, permite, através de símbolos, a visualização dos membros que constituem a família, com vínculos consanguíneos ou não, retratando o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar (Nascimento; Rocha; Hayes, 2005).

As informações essenciais a serem obtidas são idade, ocupação, grau de escolaridade, religião, ascendência étnica, data de migração e estado de saúde atual de cada membro familiar. Uma vez obtidas essas informações, estende-se à estrutura externa da família, no formato de ecomapa (Shajani; Snell, 2023).

O ecomapa é um diagrama que mostra as relações entre a família e a comunidade, ajudando a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. Ele pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais, econômicos e entre outros, possibilitando retratar determinado momento na vida dos membros familiares, sendo então um processo de construção dinâmico (Nascimento; Rocha; Hayes, 2005).

No decorrer da entrevista, foram elaborados os diagramas de padrão circular (DPC), a fim de compreender os comportamentos repetitivos observados no relacionamento familiar (Shajani; Snell, 2023), e a partir deles, analisar as perguntas circulares que contribuam para o processo. As perguntas circulares são apropriadas para a condução das entrevistas com famílias, o que permite promover a curiosidade na pesquisadora e motivar respostas advindas dos familiares que possibilitem analisar as interações entre os participantes do estudo (Evans; Whitcombe, 2016).

Para iniciar o diálogo e escuta qualificada dos membros familiares, foi realizada a primeira pergunta terapêutica: Como tem sido a experiência de vocês desde a descoberta do uso de drogas pelo seu familiar? Como vocês pensam que tem sido a experiência de seu familiar que consome drogas?

De acordo com as respostas, outras perguntas terapêuticas diádicas foram realizadas para apreender as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais dos membros familiares, possibilitando explorar os padrões interacionais.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, foram observados e respeitados todos os aspectos éticos disciplinados pela Resolução n. 510/2016 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde. Esse projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de um município paulista para obtenção de parecer favorável e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos. A coleta de dados somente iniciou após a aprovação do projeto pelas duas instâncias.

Considerando os riscos e benefícios no campo da ética da pesquisa com seres humanos, compreende-se que no processo das entrevistas conjuntas com vários membros da família, há o risco de emergir conflitos. Portanto, houve um esforço das pesquisadoras em realizar escuta terapêutica e gerenciar tais momentos, com abordagens não confrontativas, respeitando e atentando-se às necessidades e falas de todos os membros, sem tomar partido ou criar alianças individuais, antes, durante e após as entrevistas; dar espaço e tempo a todos os membros de modo equitativo para que possam expressar suas opiniões. Foi acordado antecipadamente, e por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), informações e orientações sobre sigilo e confidencialidade, salientando que os membros só revelem coisas que possam ser ouvidas pelos outros membros da família (Voltelen et al., 2018).

4.6 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, utilizou-se da Análise de Conteúdo Reflexiva (ACR) (Braun; Clarke, 2019). Este método, amplamente utilizado na investigação qualitativa, tem como centralidade a subjetividade e a reflexividade do investigador, resultando em uma imersão profunda e prolongada nos dados, com reflexão ativa, abordagem rigorosa e sistemática. Assim, este método exige reflexividade, conhecimento teórico e transparência.

Os procedimentos reflexivos refletem os valores de um paradigma qualitativo, com foco na subjetividade do pesquisador, nos processos de codificação orgânica e recursiva e na importância do envolvimento com os dados e da reflexão profunda (Braun; Clarke, 2019).

A ACR envolve seis fases, as quais foram utilizadas em sua ordem para uma rigorosa análise dos dados. Sendo assim, e baseando-se nas fases da ACR descritas por Braun e Clarke (2019), foram seguidas as seguintes etapas:

1. Imersão e familiarização da pesquisadora com os dados, anotando quaisquer observações analíticas iniciais. Nesta etapa, foi realizada leitura flutuante dos materiais para iniciar o processo e leituras repetidas para imersão no conteúdo, de forma mais aprofundada.

2. Codificação dos dados, para capturar uma leitura semântica e conceitual dos dados. A codificação é entendida como um processo para identificar corretamente o material relevante para cada domínio de dados. No caso, as falas eram sublinhadas e escrito na frente de cada uma as palavras “cognitivo”, “afetivo” e “comportamental”, referindo-se a cada domínio explorado naquele contexto da entrevista.

3. Busca por temas e codificação de todos os dados relevantes para cada tema. Entende-se por tema os padrões de significado compartilhado, sustentados ou unidos por um conceito central. Adota-se o termo “temas geradores (iniciais)” propostos pelas autoras, enfatizando que os temas não estão nos dados aguardando recuperação.

4. Revisão dos temas, união e descarte de temas, conforme necessário.

5. Definição e nomeação dos temas para que cada um conte uma história concisa e informativa sobre os dados. Os títulos dos temas foram elaborados a partir de palavras que identificaram os domínios (cognitivo, afetivo e comportamental).

6. Escrita da narrativa analítica e contextualizada, com as evidências científicas e na perspectiva teórica sistêmica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas com os membros familiares participantes desta pesquisa, foi elaborado um quadro com a caracterização da família (APÊNDICE A), bem como a representação do genograma e do ecomapa. Após, são apresentadas as categorias temáticas elencadas e seus respectivos temas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO E BREVE DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA

Os participantes da pesquisa consistiram em 1 família, estando presente no momento das entrevistas o caso índice, o qual era dependente de substâncias psicoativas, frequentador do CAPS-AD, e sua mãe, conforme QUADRO 1.

QUADRO 1 - Caracterização das famílias - São Carlos, SP, 2026.

SUJEITO	IDENTIFICAÇÃO	IDADE	ESTADO CIVIL	SEXO	RELIGIÃO	PROFISSÃO ATUAL	SITUAÇÃO DE TRABALHO
Usuário	U1	35 anos	Solteiro	Masculino	Mórmon	-	-
Mãe	MãeU1	58 anos	Separada	Feminino	Evangélica	Diarista	Ativa

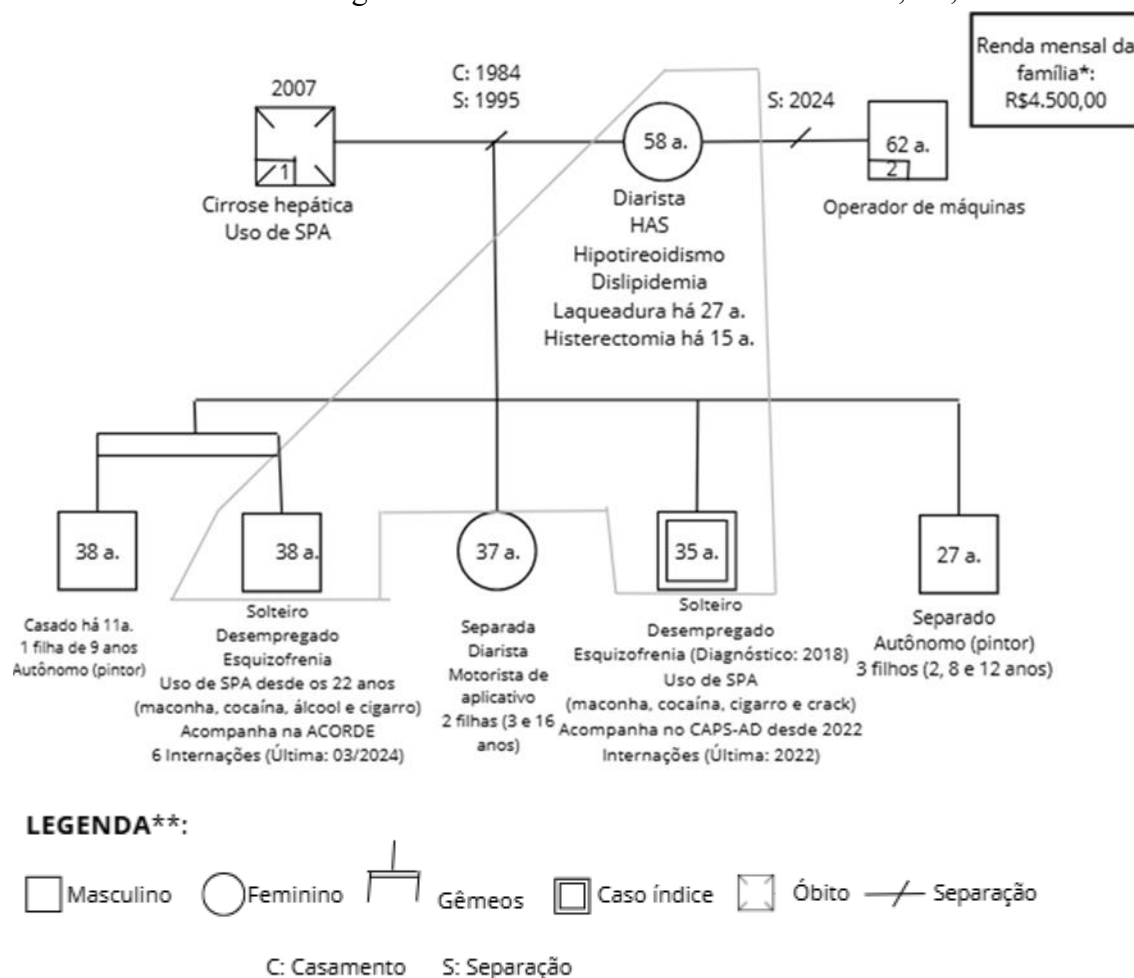
Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026.

O usuário caso índice, identificado como U1, tem 35 anos, é solteiro, do sexo masculino, pertencente à religião mórmon e não trabalha no momento. Sua mãe, identificada como MãeU1, tem 58 anos, é separada, do sexo feminino, evangélica e trabalha atualmente como diarista.

Ao serem questionados sobre quem consideram família, U1 considera sua mãe e seus irmãos, e MãeU1 considera seus filhos. A composição familiar e as relações descritas pelos entrevistados são apresentadas no genograma e ecomapa, os quais foram elaborados em conjunto entre pesquisadora e os membros familiares entrevistados, apresentados a seguir.

5.2 DESCRIÇÃO GENOGRAMA E ECOMAPA

O genograma e o ecomapa foram construídos durante as entrevistas, em conjunto com os membros entrevistados (FIGURA 2 E 3) e são descritos a seguir.

FIGURA 2 - Genograma da família entrevistada - São Carlos, SP, 2025².

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026

MãeU1, nascida na Bahia, casou-se aos 17 anos e aos 18 anos engravidou pela primeira vez.

Sua primeira gestação, aos 18 anos, foi de 2 meninos gêmeos. O primeiro, atualmente com 38 anos, é casado há 11 anos, tem 1 filha de 9 anos, trabalha como autônomo, exercendo a função de pintor, não faz uso de SPA e não tem comorbidades.

Seu irmão gêmeo (IrmãoU1), também com 38 anos, é solteiro, desempregado, com diagnóstico de esquizofrenia, faz uso de substâncias psicoativas desde os 22 anos (maconha, cocaína, álcool e cigarro). Iniciou acompanhamento no CAPS II, mas a família optou por dar continuidade ao tratamento pelo atendimento particular. Apresenta histórico

²*De acordo com o Decreto nº 12.342, de 30 de dezembro de 2024 (BRASIL, 2024), no momento da coleta de dados, o valor do salário-mínimo era de R\$1.518,00. Sendo assim, a renda familiar mensal corresponde a aproximadamente 3 salários-mínimos.

Genograma fundamentado teoricamente conforme literatura de SHAJANI, Z.; SNELL, D. **Wright & Leahey's. Nurses and Families: A Guide to Family Assessment & Intervention. 8ª ed. F.A. Davis: Philadelphia; 2023.

de 4 internações em um hospital psiquiátrico da região, 1 vez em unidade de saúde mental em hospital geral público com duração de 2 meses e outra internação em clínica de reabilitação privada, justificadas por episódios de surtos psicóticos e uso de SPA. Atualmente, faz acompanhamento na Associação de Capacitação, Orientação e Desenvolvimento do Excepcional (ACORDE), a qual é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, que visa promover atividades a crianças e adultos com deficiências intelectuais, possibilitando o desenvolvimento de suas capacidades e exercício pleno de seus direitos (Instituto Acorde, 2026).

Segundo relatos da mãe, IrmãoU1 apresenta comportamentos agressivos no ambiente familiar e faz uso de medicações psicotrópicas (Risperidona, Quetiapina e Invega).

Além dos filhos do sexo masculino, a família conta com a única irmã, de 37 anos, separada, trabalha como diarista e motorista de aplicativo, e tem 2 filhas de 3 e 16 anos. Em relação a ela, não há histórico de comorbidades e de uso de SPA.

Em seguida, tem-se o caso índice (U1), de 35 anos, solteiro, desempregado, com histórico de uso de SPA, iniciando o uso de maconha aos 15 anos, de cocaína aos 17 anos, incluindo também o uso de cigarro de tabaco e crack. Ele recebeu o diagnóstico de esquizofrenia em 2018, durante uma internação devida ao uso de SPA, e em 2022 passou por uma internação com duração de 1 mês em hospital psiquiátrico da cidade em que reside. Faz acompanhamento no CAPS-AD há 3 anos.

Por fim, o último filho tem 27 anos, é separado, trabalha como autônomo na função de pintor, tem 3 filhos (2, 8 e 12 anos), não possui histórico de comorbidades, bem como de uso de SPA.

Após 11 anos de casada, MãeU1 e o pai da família se separaram, e a MãeU1 assumiu o cuidado das crianças de maneira solo. Em 2007, devido a complicações do uso de álcool e outras substâncias não especificadas e o histórico de cirrose hepática, o pai faleceu. Após anos de viuvez, conheceu um novo parceiro, de 62 anos, operador de máquinas de rodovia. Entretanto, houve término deste relacionamento em 2024.

Atualmente, residem na mesma casa o caso índice (U1), a MãeU1 e o IrmãoU1. A MãeU1 trabalha como diarista, tem histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), hipotireoidismo, dislipidemia, realizou laqueadura há 27 anos e histerectomia há 15 anos.

Na análise do Genograma, percebe-se que o consumo de álcool e outras drogas se repete entre as gerações, ou seja, pai e filhos. Mcgoldrick (2011) aponta que a transmissão transgeracional ocorre em vários níveis de aprendizagem de informações, ou seja, as informações podem ser passadas de pais para filhos.

Silva e Comin (2021) apontam através de revisão narrativa baseada na perspectiva sistêmica que a família é um meio favorável para a transmissão de conteúdos, como a aprendizagem de comportamentos por observação, compartilhamento de experiências cotidianas, comunicação verbal ou informal de valores e expectativas familiares, silenciamento de conteúdos psíquicos, padrões de interação e comunicação entre os membros da família.

A parentalidade de usuários de substâncias psicoativas pode influenciar no desenvolvimento de transtornos mentais em seus filhos, acarretando danos à saúde mental deles (Rodrigues et al., 2022). Destaca-se que a presença de dependência química nos pais pode aumentar significativamente a possibilidade de seus filhos desenvolverem a mesma condição (Morato et al., 2025).

Tendo em vista que o comportamento transgeracional pode influenciar a saúde mental familiar, é importante compreender as dinâmicas familiares, e propôr intervenções que diminuam os ciclos prejudiciais e fortaleçam a resiliência (Castro et al., 2025)

Inicialmente, aponta-se que a mãe da família assumiu todo o cuidado de seus filhos, se adaptando constantemente para a sobrevivência da dinâmica familiar. Além do histórico de problemas de saúde e cirurgias, durante as entrevistas, MãeU1 apresentou momentos de choro, relatando esse sentimento, conforme relato abaixo.

“É... eu só tô um pouco assim... Às vezes, a gente conversando, eu tô uma pessoa assim... sei lá.. emocionada [choro], sentimental. Eu tô chorando muito, por pouca coisa. Eu sinto muita angústia dentro de mim [silêncio]. Não sei o porquê. Eu acho que é muita coisa pra mim sozinha, pra resolver tudo. Quem você tá falando... eu não acho apoio de ninguém. É isso.” E1MãeU1

Revisão de escopo desenvolvida por Sarno et al. (2021) mostra que os familiares de usuários de substâncias estão sujeitos a situações de maior estresse e sobrecarga física e emocional, desencadeando problemas de saúde mental. Observou-se taxas variáveis de danos físicos e comorbidades, sendo mais comuns entre os familiares de usuários de SPA em comparação ao grupo controle. Além disso, esta revisão apontou maior prevalência de estresse e tensão em mulheres de famílias de baixa renda e que coabitassem com usuários SPAs.

Ainda, uma revisão sistemática desenvolvida por Mardani et al. (2023) aponta que declínio emocional, experiências comportamentais negativas, distúrbios mentais, degeneração física e sobrecarga familiar são experiências vivenciadas por familiares de pessoas que fazem uso de SPA.

Outra literatura salienta que o cuidador familiar de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia sofre danos em sua saúde física e psíquica, justificados pela falta de tempo

e de energia física para cuidarem de sua própria saúde, desencadeando insônia, problemas de má nutrição e de saúde mental causados pelo estresse (Onofre et al., 2023).

Na análise do contexto familiar deste estudo, ressalta-se o diagnóstico de esquizofrenia e consumo de SPA pelos dois irmãos que vivem com a mãe, o que corrobora literatura, a qual salienta que tais condições concomitantes são fatores de risco que reverberam negativamente na dinâmica familiar (Ribeiro; Sattler, 2022).

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico, complexo, capaz de afetar o pensamento (sintomas de delírios e desorganização na forma de pensamento), o afeto (sinais de expressão emocional embotada), o comportamento (bizarro ou sem propósito, atitudes emocionais repentinas ou inadequadas), a percepção (sintomas de alucinações), a consciência do eu (crença de que os próprios sentimentos, pensamentos ou comportamento estão sob o controle de uma força externa), a cognição (prejuízo na atenção, memória verbal e cognição social), avolição (perda de motivação) (Organização Mundial da Saúde, 2024).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a esquizofrenia é caracterizada pela presença de dois ou mais dos seus principais sintomas, durante um período significativo de 1 mês, com pelo menos um dos sintomas sendo delírios, alucinações ou discurso desorganizado, sem serem passíveis de explicação por outra condição médica ou psiquiátrica (American Psychiatric Association, 2014).

Além de ser crônica, é muitas vezes incapacitante, afetando indiretamente aqueles responsáveis pelo cuidado do doente, os quais precisam assumir grande número de responsabilidades diárias (Onofre et al., 2023).

No tocante ao uso de SPA, foi realizado o terceiro Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD III (UNIFESP, 2025) e os resultados apontam para uma expansão do consumo de SPA ilícitas, com consistente aumento da experimentação e do uso recente na população geral, especialmente entre adultos jovens. A substância ilícita que apresentou o aumento mais expressivo entre todas as investigadas foi a cannabis, tendo a prevalência de uso na vida aumentando de 6,2%, em 2012, para 15,0% em 2023.

O consumo de cocaína pelo menos uma vez na vida aumentou de 3,9% para 5,4%, enquanto o consumo no último ano permaneceu estável, em torno de 1,8%. Já as prevalências do uso de crack, houve um padrão de relativa estabilidade nos dois indicadores, sendo o uso na vida de 1,4% nos levantamentos de 2012 e 2023, e o uso no último ano com uma pequena redução de 0,6% para 0,5% entre os dois levantamentos (UNIFESP, 2025).

No cenário internacional, os achados do LENAD III (UNIFESP, 2025) indicam que o Brasil ocupa posição intermediária em prevalências de uso, porém combina esse nível com uma elevada taxa de transtornos entre usuários, condição esta vista no caso da família entrevistada (UNIFESP, 2025).

O uso de SPA merece especial atenção, pois as repercussões ultrapassam a vida do adoecido. A esquizofrenia gera impactos psicossociais importantes no contexto familiar (Amaral, Lourenço, 2022; Onofre et al., 2023; Silva, 2025), bem como a vivência com a dependência química (Johannessen et al., 2022; Miziara et al., 2022; Ribeiro, Sattler, 2022; Meireles, 2023).

Os familiares enfrentam desafios significativos, sobretudo quando o cuidado se concentra em uma única figura familiar, geralmente feminina (Pan et al., 2024; Shalahuddin et al., 2025).

A dinâmica familiar observada no caso sob acompanhamento caracteriza-se pela centralização da função de cuidado na figura materna, ausência de responsabilização dos demais membros familiares e restrita rede de apoio social, fatores que impactam diretamente a qualidade de vida e os recursos psicossociais da família. Estudos apontam que a avaliação da estrutura e funcionamento familiar por meio de instrumentos visuais como genograma e ecomapa permite compreender além da estrutura e composição familiar, os padrões repetitivos, vínculos emocionais e redes sociais que influenciam diretamente o processo de cuidado, sendo possível obter informações importantes durante a construção desses instrumentos em conjunto com os membros familiares (Mello et al., 2024).

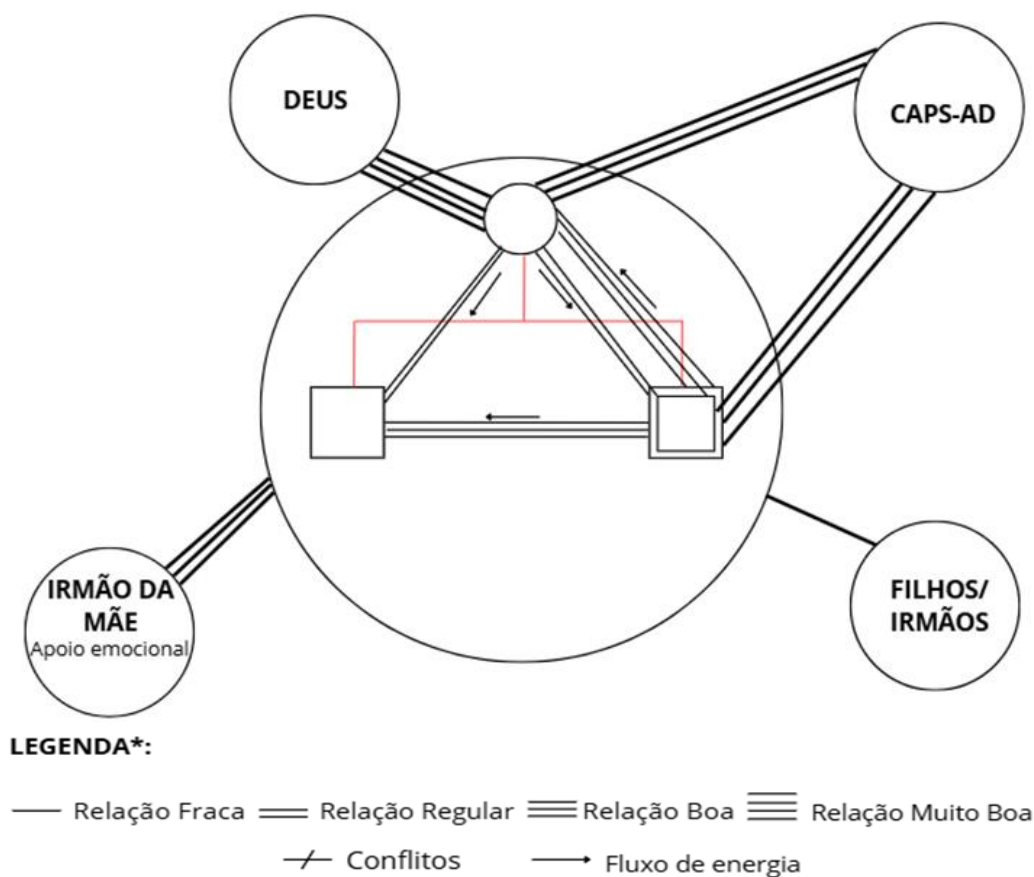
No contexto familiar em questão, observa-se um padrão de responsabilização materna, em que a mãe assume tarefas que permeiam desde a gestão domiciliar, controle de medicamentos, participação em compromissos clínicos, até a mediação de crises psiquiátricas dos filhos. Esse padrão, quando explicitado em genograma, evidencia uma hierarquia rígida no sistema familiar, com fronteiras difusas entre papéis parentais e limites entre gerações, e com uma representação de laços emocionais intensos e de dependência de cuidado exclusivo, conforme estudo (Mello et al., 2024).

Faz-se necessário um olhar além da estrutura da família, com atenção às relações familiares, as quais tem importância crucial no tratamento do membro que sofre psiquicamente (Santos, 2025). O uso de genogramas e ecomapas tem sido destacado como instrumento metodológico eficaz na avaliação da dinâmica familiar e das redes de apoio, pois permitem identificar relações de apoio e de tensão, assim como padrões de ligação ou distanciamento entre os membros da família e sua comunidade (Sá et al.,

2022), como eles se relacionam com instituições, amigos e serviços de saúde (Gomes; Vecchia, 2023). Por exemplo, em estudos qualitativos com genograma e ecomapa, pesquisadores encontraram padrões de fragilidades relacionais, como laços fracos com familiares afastados e redes de apoio externas limitadas, o que pode agravar a vulnerabilidade familiar frente a situações de sofrimento ou dependência (Sá et al., 2022). A construção do ecomapa com os membros familiares deste estudo possibilitou analisar as relações e a rede social de apoio familiar.

De acordo com o ecomapa expresso na Figura 3, a MãeU1 considera seu vínculo relacional com U1 e IrmãoU1 como regular, justificado pela desobediência de U1 e IrmãoU1 às tarefas e afazeres de casa solicitados por ela e desatenção ao seu diálogo. Apesar disso, U1 considera seu vínculo relacional com sua mãe e seu irmão como boa, e ainda cita que ele e seu irmão conversam bastante e dão risadas em momentos de distração, conforme relato a seguir.

“O que traz a sensação de ser regular é que eles não me obedecem, eles não fazem o que eu mando. Às vezes eu falo que eles não são doentes, que eles têm um problema, mas que está em tratamento. Eles poderiam tá... eu saio pra trabalhar, eles lavam uma louça, eles varrem a casa, não precisar mandar eles tomar banho, não precisar mandar eles barbear, sabe? Que são tudo em cima de mim. E às vezes, tem hora que eu vou conversar com eles, eles não prestam atenção. Eu tô falando, parece que tá se entrando aqui e sai por lá, e por isso é regular.” (E1MãeU1)

FIGURA 3 - Ecomapa da família entrevistada - São Carlos, SP, 2025³.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026

Ao explicar sobre o vínculo na interação com os outros filhos, MãeU1 considera vínculo fraco, justificado por encontros esporádicos, somente em momentos comemorativos. Ela ainda descreve que se sente sozinha, sem apoio dos filhos, de acordo com o depoimento abaixo.

“Eu me sinto sozinha. Sinto. Eu não tenho apoio (choro), nem dos meus outros próprios filhos. Às vezes, eu tô passando dificuldade, eu ligo e falo: ‘eh meninos, vêm ficar um pouco com seus irmãos’, eles falam: ‘Ah, eu já tenho compromisso, mãe. Eu já tô cheio de compromisso’. Então eu não conto com esse tipo de auxílio. A minha vida é sozinha, eu e eles dois.” E1MãeU1

“Quando vem, vem pra quê? Pra uma festa, pra um churrasco... aquele hábito de chegar e perguntar: ‘como você tá? Você tá bem? Como você tá vivendo? O que tá precisando?’ Que é isso que a gente precisa ... eu me sinto assim. Às vezes, a gente tá lá embaixo [humor depressivo], a pessoa chega: ‘E aí, [MãeU1]? Como tu tá? O que você precisa?’

³ Ecomapa fundamentado em SHAJANI, Z.; SNELL, D.. **Wright & Leahey’s Nurses and Families: A Guide to Family Assessment & Intervention**. 8ª ed. F.A. Davis: Philadelphia; 2023.

Um abraço, sabe? Companheirismo, assim. Uma coisa que a pessoa chega e levanta a gente, né?” E1MãeU1

A família em questão vivencia os desafios referentes ao convívio com o diagnóstico de esquizofrenia, bem como o da dependência química pelos dois filhos. Esse aspecto emerge da literatura referindo-se à fase de vida familiar e estressores contínuos. A presença de dois filhos adultos com esquizofrenia e com histórico de uso de SPA aponta para um padrão de coexistência prolongada com dificuldades psicossociais crônicas, que tende a estabelecer um funcionamento familiar caracterizado pela hipervigilância, adaptação contínua e esgotamento emocional, conforme literatura (Sá et al., 2022).

Estudos demonstram que, em famílias que convivem com o diagnóstico de esquizofrenia, geralmente os cuidados ficam sob responsabilidade dos pais, o que pode gerar sentimentos como tristeza, isolamento social e sobrecarga física e emocional (Amaral, Lourenço, 2022; Onofre et al., 2023).

No caso em análise, o fato de três irmãos estarem afastados e o contato se limitar ao telefone, sem corresponsabilização no cuidado, corresponde ao que a literatura descreve como “fendas de apoio” no ecomapa, onde as linhas de relação revelam vínculos enfraquecidos ou inexistentes com membros nucleares que não participam da rotina de cuidado. Essas lacunas ilustram a ausência de recursos externos e internos à família, o que pode ser interpretado como fator que contribui para o ciclo de isolamento e sobrecarga da cuidadora principal (Sá et al., 2022).

Em contrapartida, ela relata que as visitas do seu irmão auxiliam tanto ela quanto seus filhos. Esse irmão significa apoio emocional para ela, ao possibilitar-lhe oportunidade para desabafar, rir e brincar com seus filhos, o que a faz classificar como vínculo muito bom com ela e seus dois filhos. Apesar disso, ela ressalta que não possui apoio financeiro, nem tampouco fonte intra e extra familiar para conselhos e opiniões.

“Eu tenho um irmão que sempre me visita. O [nome do irmão de MãeU1]... assim, de final de semana, a gente tá papeando, sabe? Mas assim, financeiramente, um conselho, uma opinião... não tenho.” E1MãeU1

“Ele [irmão de MãeU1] conversa também com os meninos, chega lá e brinca com os meninos, sabe?” E1MãeU1

Em revisão sistemática, Mardani et al. (2023) apontam que a atração de fontes de apoio moral, financeiro, informativo, terapêutico e social foram estratégias dominantes utilizadas pelas famílias para lidarem com o uso de SPA.

A busca, construção e manutenção de rede de apoio social, é importante estratégia para o enfrentamento das situações adversas, principalmente recorrer ao apoio emocional de outros membros familiares (Patias; Vieira; Santos, 2022).

MãeU1 relata que sua única fonte de força é advinda de Deus e que apesar de frequentar uma igreja, ela não considera a instituição como apoio, mas sim como local para encontro com a presença Divina.

“Ah, eu não considero assim [a igreja] como um apoio. Eu vou só pra buscar a Deus mesmo, mas eu não conto assim... apoio... de... [...] Não é um apoio assim, financeiro nem dialogado.” E1MãeU1

“Eu creio que a minha força só Deus tá me dando. [...] Não tem explicação. Só Deus.” E1MãeU1

O apoio religioso na crença advinda de Deus como fonte de força para persistir e lutar contra as dificuldades ocasionadas pela dependência química corrobora literatura (Camatta et al., 2022; Miziara et al., 2022; Patias, Vieira, Santos, 2022; Onofre et al., 2023), e frequentar espaço como a igreja é uma forma de expressão da sua religiosidade (Camatta et al., 2022). O apego à religiosidade contribui para amenizar os impactos e desafios do contexto em que se encontram (Camatta et al., 2022).

Outra fonte da rede de apoio identificada no ecomapa consistiu no serviço de saúde mental especializado - CAPS-AD, local onde o caso índice frequenta para acompanhamento da dependência química. Quando questionado, U1 considera uma relação boa com o serviço, sendo destacadas as atividades desenvolvidas neste dispositivo. A MãeU1 também considera boa seu vínculo relacional com o serviço, justificado pelo apoio e acolhimento da equipe de saúde e de outros profissionais da respectiva instituição.

“Às vezes, as meninas [profissionais de saúde] ali [CAPS AD] conversam comigo, falam que eu sou muito especial, sempre tá ali comigo, sempre tá perguntando como é que eu estou, ou me chama pra uma conversa igual eu estou aqui com você [pesquisadora].” E1MãeU1

Estudo aponta relevância fundamental do apoio psicológico oferecido aos cuidadores familiares de dependentes químicos (Meireles, 2023). A literatura evidencia que os grupos terapêuticos de apoio são recursos essenciais no processo terapêutico, não apenas como espaço de apoio emocional às famílias, mas também como espaço oportuno

para compartilharem com outros familiares experiências, informações, aprendizado sobre estratégias de enfrentamento, de maneira a compreenderem melhor sobre o quadro clínico do familiar em tratamento e melhorarem a qualidade de vida de todos os envolvidos (Amaral, Lourenço, 2022; Onofre et al., 2023).

Estudo com familiares mulheres que convivem com pessoas que fazem uso de SPA destaca a importância da atitude de escuta compreensiva e de suporte do profissional de saúde ao familiar, pois são posturas reconhecidas de confiança. A maneira como os profissionais as escutavam e as acolhiam, demonstrava segurança na relação entre o familiar e o profissional (Johannessen et al., 2022).

A literatura aponta, na percepção dos familiares de dependentes químicos, que o CAPS-AD foi reconhecido como apoio institucional, informacional e emocional, sendo esse ambiente um espaço de aprendizado e de acolhimento (Ruiz et al., 2021).

É importante proporcionar aos cuidadores familiares oportunidades e espaços terapêuticos para que possam expressar seus sentimentos e suas frustrações diante dos acontecimentos diários que enfrentam, oferecendo suporte adequado e contínuo a essas famílias (Moustafa; Honório; Martins, 2024).

Entretanto, salienta-se também a relevância de inserir os usuários dos serviços de saúde mental, como por exemplo CAPS, em atividades sociais, contribuindo para o desenvolvimento e bem-estar destes (Moustafa; Honório; Martins, 2024).

5.3 PERGUNTAS UTILIZADAS NAS ENTREVISTAS

Durante as 2 entrevistas, foram utilizadas perguntas lineares e circulares. As perguntas lineares foram direcionadas aos familiares para detalhamento da história, bem como para uma melhor descrição do contexto, abordando pontos importantes para a compreensão do caso e da narrativa, principalmente no tocante à história da doença, cronologia dos fatos e elaboração do genograma e ecomapa, conforme QUADRO 2.

As perguntas lineares têm a intenção de serem investigativas para obter informações relevantes para o/a enfermeiro/a, possibilitando apreender percepções ou descrições de um problema por um ou mais membros da família (Shajani; Snell, 2023).

QUADRO 2 - Perguntas lineares utilizadas durante a entrevista.

PERGUNTAS LINEARES
“Há quanto tempo que o U1 acompanha aqui no CAPS-AD?” (Entrevista 1 – pergunta direcionada a U1 e MãeU1 para caracterização dos entrevistados)
“Se eu perguntar para vocês, quem vocês consideram família, o que vocês me responderiam? Quem é sua família, U1? [...] E pra senhora (MãeU1)?” (Entrevista 1 – pergunta direcionada a U1 e MãeU1 para elaboração do genograma)
"Todos eles (outros filhos de MãeU1) tem filhos?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre a composição familiar dos filhos para fortalecimento do genograma)
"Algun deles (outros filhos de MãeU1) faz uso de substâncias?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 para compreender hábitos dos filhos)
"Você sabe mais ou menos quanto tempo faz que ele (IrmãoU1) recebeu esse diagnóstico (esquizofrenia)?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre o diagnóstico de esquizofrenia do IrmãoU1)
"Como foi que você (MãeU1) ficou sabendo do uso de substâncias pelo IrmãoU1?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 para compreender o momento da descoberta do uso de SPA pelo IrmãoU1)
"E você (MãeU1) percebeu alguma alteração no comportamento dele (IrmãoU1) enquanto ele está sem a medicação?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre possíveis alterações de comportamento do IrmãoU1 frente à ausência da medicação prescrita)

"E você falou que eles explicaram para você. Eles quem explicaram? O que eles explicaram?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre uma informação dada a ela sobre o comportamento mais lento dos filhos)

"Com quantos anos que (U1) começou a fazer uso da substância? Você lembra?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre o início de uso de SPA pelo U1)

"Você (MãeU1) se sente decepcionada?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 para validar seu sentimento quando ela diz a palavra decepção)

"Por que você (U1) tem tido bastante sono, você sabe me dizer, descrever um pouquinho?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada ao U1 quando a MãeU1 relata sobre o sono dele)

"Vocês (U1 e MãeU1) poderiam contar um pouquinho mais pra gente da história da família mesmo?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada a U1 e MãeU1 para compreender a história da família)

"O que é esse reagir muito ruim para você (U1)? O que você acha que poderia ser diferente?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada a U1 sobre sua reação ao ficar ansioso, quando sua mãe altera a voz com ele)

"E o que que é para você (U1) carinho?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada ao U1 no momento em que ele diz que gostaria de ser tratado com mais carinho pela mãe)

"O que que vocês costumam fazer juntos?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada ao U1 sobre sua relação com IrmãoU1)

"O que você (MãeU1) acha, assim, o que tá acontecendo pra ter esse distanciamento (dos outros filhos)? Você acredita que seja por causa de que, o que

pode estar acontecendo?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 para compreender o pensamento sobre o distanciamento entre ela e os filhos)

"Mas ele (IrmãoU1) já tinha esses comportamentos (agressivos) antes do uso de substância?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre a relação entre os comportamentos agressivos de IrmãoU1 com o uso de SPA)

"E quando ele (IrmãoU1) tá com outro medicamento, ele não tem esse comportamento, quando ele faz uso da Invega?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à mãe sobre sua percepção relacionada aos momentos de crise de IrmãoU1 e o uso de medicamentos por ele)

"A situação que você (MãeU1) tem essa alteração da voz, em que contexto? Que situação que você acaba elevando a voz?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 quando ela relata momentos de alteração de voz por ela)

"O que você (MãeU1) percebe que te leva a falar alto com eles (U1 e IrmãoU1)?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre o fato dela falar alto com os filhos)

"E o que você (MãeU1) acha que pode influenciar nessa relação de vocês (entrevistados e outros filhos)? O que você pensa sobre essa relação de vocês (MãeU1 e U1) com os outros filhos? (E2 - pergunta direcionada à mãe para compreender a percepção dela sobre o fato de serem esporádicos os encontros entre os entrevistados e os outros filhos)

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026

No que se refere às perguntas circulares, observou-se que essas foram importantes ferramentas para a compreensão do processo relacional entre os membros familiares, permitindo uma abordagem mais detalhada sobre as crenças, sentimentos e comportamentos das relações interacionais (Evans; Whitcombe, 2016; Westwater, Riley, Peterson, 2020; Souza, Silva, Filipakis, 2021; Shajani, Snell, 2023).

As perguntas circulares citadas no QUADRO 3 e 4 buscam mudar os domínios dos funcionamentos familiares, nos âmbitos cognitivos, afetivos e comportamentais. O QUADRO 3 salienta as perguntas sobre diferenças identificadas na entrevista, pois

exploram as diferenças entre pessoas, relacionamentos, tempo, ideias ou crenças, bem como a relação entre membro familiar e problemática de saúde, conforme literatura (Shajani; Snell, 2023).

Neste contexto, utilizou-se de perguntas descritivas circulares, buscando descrição dos problemas e situações relacionadas aos processos relacionais. Elas buscam orientar sobre as situações e exploram padrões que conectam pessoas, objetos, perspectivas, comportamentos (Esteves de Vasconcellos, 1998), indicadas no QUADRO 3.

QUADRO 3 - Perguntas descritivas circulares utilizadas durante a entrevista para mudarem domínios dos funcionamentos familiares cognitivo, afetivo e comportamental.

PERGUNTAS DESCRITIVAS CIRCULARES
"E essa força? Onde você tem encontrado? Quem tem te dado?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada à MãeU1 ao elaborar ecomapa e falar sobre sua rede de apoio) (tipo de pergunta sobre diferenças no domínio afetivo)
"Quando você tinha que deixar as crianças para alguém levar na escola, né, que você trabalhava, quem que te dava esse suporte?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 para compreender sua rede de apoio durante a infância dos filhos) (tipo de pergunta sobre diferenças no domínio afetivo)
"E como você (U1) reage quando você fica ansioso?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada ao U1 sobre sua reação ao ficar ansioso quando a mãe altera a voz com ele) (tipo de pergunta sobre diferenças no domínio comportamental)
"Tem mais alguém que vocês acham que pode ser uma fonte de apoio pra vocês (U1 e MãeU1) como unidade familiar, como família, algum recurso que vocês se voltam quando precisam de algum apoio, de alguma informação, de algum auxílio que seja financeiro?" (Entrevista 1 – pergunta direcionada a U1 e MãeU1 para construção do ecomapa e identificação da rede de apoio) (tipo de pergunta sobre diferenças no domínio afetivo)

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026

Também foram utilizadas as perguntas circulares diádicas, as quais possibilitaram momentos de reflexão entre os participantes, os quais puderam compartilhar suas opiniões, sentimentos e comportamentos frente às situações discutidas no momento, expondo seu ponto de vista quanto ao outro, bem como essas ações repercutem nas relações, conforme literatura (Souza, Silva, Filipakis, 2021; Shajani, Snell, 2023) (QUADRO 4).

As perguntas circulares triádicas permitem expor para uma terceira pessoa sobre relacionamentos entre outras duas pessoas (Shajani; Snell, 2023). Entretanto, não foram identificadas nesta entrevista.

O QUADRO 4 salienta, além de perguntas circulares sobre diferenças identificadas na entrevista, as questões sobre efeito de comportamento, as quais exploram articulações entre o efeito do comportamento de um membro familiar sobre outro, conforme literatura (Shajani; Snell, 2023). Foram também identificadas questões hipotéticas orientadas ao futuro, pois exploram as opções e ações alternativas ou significados da família no futuro (Shajani; Snell, 2023).

QUADRO 4 - Perguntas circulares diádicas utilizadas durante a entrevista para mudarem domínios dos funcionamentos familiares cognitivo, afetivo e comportamental.

PERGUNTAS CIRCULARES DIÁDICAS
"Que tipo de consequência você (U1) acha que poderia ter?" (E1 - pergunta direcionada a U1 quando ele diz que não reage nos momentos de agressão de IrmãoU1 contra MãeU1 por medo da consequência) – pergunta sobre hipótese orientada ao futuro - Domínio cognitivo
"E como você se sente, U1, quando você ouve a mãe falando sobre esses pontos [desobediência dos filhos, falta de ajuda nos afazeres domésticos, falta de atenção dos filhos quando a mãe fala algo]? [...] Essa fala te traz algum sentimento? (Entrevista 1 - Pergunta direcionada ao U1 quando a MãeU1 dá a justificativa de classificar sua relação com U1 como regular) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio afetivo

"Como você se sente, U1, ouvindo a mãe falando isso?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada a U1 quando MãeU1 diz que está emocionada, sentimental, chorosa, angustiada, sem apoio) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio afetivo

"E como você (U1) reage com essa preocupação? O que geralmente você faz diante dessa preocupação?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada a U1 quando ele diz se sentir preocupado ao ouvir a mãe narrando seus sentimentos) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"E como o U1 se sente quando a mãe fala alto?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada a U1 sobre seu sentimento nos momentos em que a mãe altera o tom de voz com ele) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio afetivo

"E como você (U1) reage quando a mãe fala alto?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada a U1 sobre seu comportamento frente à elevação do tom de voz da mãe com ele) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"Você (MãeU1) percebe que tem alguma situação específica que leva ele (IrmãoU1) a agir de forma agressiva?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre sua percepção do motivo dos comportamentos agressivos do IrmãoU1) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio cognitivo

"E qual foi sua reação?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada à MãeU1 sobre sua reação no momento em que IrmãoU1 teve comportamento agressivo com ela) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"Como é que você (U1) se sente ao lembrar disso?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada a U1 quando MãeU1 narra o dia em que IrmãoU1 colocou fogo na casa) – pergunta sobre efeito do comportamento -Domínio afetivo

"O que ele (IrmãoU1) faz quando fica bravo?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada a U1 quando ele diz que fica preocupado ao lembrar da situação do incêndio na casa, pois considera que o IrmãoU1 é bravo) – pergunta sobre efeito do comportamento -Domínio comportamental

"E você (U1)? Como você reage quando ele (IrmãoU1) tá bravo com você?" (Entrevista 1 - pergunta direcionada a U1 sobre a bridade do IrmãoU1, que começa a bater em U1) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"E em relação, assim, em termo de relacionamento, entre você, entre o U1, você percebeu que mudou? Ou algo que é..." (Entrevista 2 - pergunta direcionada à mãe sobre seu relacionamento com o U1 frente ao contexto vivido pela família) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"O que você pensa sobre essa reação do U1? O que você acha?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à mãe sobre o U1 não reagir quando a MãeU1 altera a voz com ele) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio cognitivo

"E você, U1? O que você sente quando a sua mãe altera a voz com você?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada ao U1 para compreender seus sentimentos quando a MãeU1 altera a voz com ele) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio afetivo

"E pra você, MãeU1? Quando ele fala isso..." (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 para compreender a percepção da mãe ao ouvir U1 dizendo que gostaria de ser tratado com mais carinho por ela) – pergunta sobre efeito do comportamento
- Domínio comportamental

"De que forma você acha que ele (U1) poderia te ajudar?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 quando ela diz que U1 poderia ajudá-la mais) – pergunta sobre hipótese orientada ao futuro - Domínio comportamental

"E você, U1? Que forma você acha que poderia ajudar mais a sua mãe?"
(Entrevista 2 - pergunta direcionada a U1 no momento em que a MãeU1 relata que ele poderia ajudá-la mais) – pergunta sobre hipótese orientada ao futuro - Domínio comportamental

"E o que você pensa sobre isso, U1? Quando ela (MãeU1) te chama 3 vezes."
(Entrevista 2 - pergunta direcionada ao U1 quando a MãeU1 relata que altera o tom de voz por precisar pedir mais de 1 vez para U1 se levantar da cama) — pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio cognitivo

"E o que você acha que pode fazer, U1, para essa situação ser diferente da próxima vez?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada ao U1 quando a MãeU1 narra a história de alterar a voz por precisar dar ordens mais de 1 vez) – pergunta sobre hipótese orientada ao futuro - Domínio comportamental

"Como ele (IrmãoU1) reage quando você tem essa atitude de levantar, desligar, como é a reação dele?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 quando ela cita que IrmãoU1 liga os aparelhos eletrônicos da casa durante a madrugada, e ela desliga) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"Você associa essa agressividade dele (IrmãoU1) a algum aspecto específico? Por que você acha que ele apresenta esses comportamentos?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 quando ela cita que IrmãoU1 tem alguns comportamentos agressivos) – pergunta sobre diferenças - Domínio cognitivo

"Além do cigarro, por que você fala para gente que é uma relação boa? O que ele (IrmãoU1) faz, que faz você sentir que é uma relação boa? O que vocês fazem juntos que te agrada? Além do fumar paieiro, tem alguma outra coisa?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada a U1 sobre sua relação com IrmãoU1) — pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"Você (U1) acredita que não pode fazer nada quando acontece isso?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada a U1 quando ele diz que sente pena por não poder fazer nada nos momentos de violência de IrmãoU1 com MãeU1) – Domínio comportamental

"O que você (U1) acha que ele (IrmãoU1) poderia fazer?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada a U1 quando ele diz que não reage nas situações de violência pois tem medo do IrmãoU1 fazer algo com ele) – pergunta sobre hipótese orientada ao futuro - Domínio comportamental

"E como você reage, MãeU1, quando essas situações acontecem? Qual é a sua reação logo que acaba essa situação?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 quando questionada sobre sua reação nos momentos de agressividade do IrmãoU1) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"E o que ele (IrmãoU1) respondeu? [...] Ele te deu alguma resposta quando você (MãeU1) fez essa pergunta para ele (IrmãoU1)?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à MãeU1 quando ela conta que perguntou ao IrmãoU1 o motivo dele

ser agressivo com ela) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio comportamental

"Então poderíamos dizer que (IrmãoU1) está nesse momento de crise porque tem algum medicamento que tá fazendo falta? [...] o medicamento talvez poderia conter um pouco mais? Você acha que pode ser isso?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada à mãe para validar se ela tem a crença de que o momento de crise de IrmãoU1 esteja relacionado ao não uso do medicamento) – pergunta hipotética - Domínio cognitivo

"Ô U1, e quando o IrmãoU1 tem esses comportamentos mais violentos, mais agressivos com a mãe, o que você sente?" (Entrevista 2 - pergunta direcionada a U1 sobre seus sentimentos nos contextos de violência entre IrmãoU1 e a MãeU1) – pergunta sobre efeito do comportamento - Domínio afetivo

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026

O MCIF foca na promoção, fortalecimento e manutenção da efetiva funcionalidade familiar em três domínios, sendo eles o cognitivo, afetivo e comportamental. Acredita-se que quando ocorre uma mudança em uma das áreas, as outras também são afetadas, e as intervenções familiares são capazes de influenciar simultaneamente os três domínios (Shajani; Snell, 2023).

As questões interventivas convidam as famílias à reflexão e mudanças, encorajando-as a olhar para seus problemas de outra maneira e descobrir possíveis soluções, principalmente ao utilizar de questões circulares (Shajani; Snell, 2023).

Apesar de considerar que cada família é única, e que a intervenção familiar deve ser realizada de acordo com as especificidades familiares, Wright e Leahey (Shajani; Snell, 2023) propõem algumas questões que podem ser utilizadas nesse momento, abordando diferenças, efeitos no comportamento, hipóteses e questões orientadas para o futuro.

Corroborando com a literatura de Wright e Leahey (Shajani; Snell, 2023), as perguntas utilizadas no presente estudo permitiram a compreensão dos três domínios –

cognitivo, afetivo e comportamental – promovendo reflexões entre os participantes sobre propostas de mudanças, como descrito acima (Shajani; Snell, 2023).

5.4 DIAGRAMAS DE PADRÃO CIRCULAR (DPC)

Conforme os relatos nas entrevistas, foram elaborados os Diagramas de Padrão Circular (DPC), os quais representam padrões interacionais repetitivos e não adaptativos. Na primeira entrevista, MãeU1, ao falar sobre sua rede de apoio e expressar seus sentimentos, ela apresentou um episódio de choro, referindo estar emocionada, sentimental, chorando constantemente, com sentimento de angústia. Ainda cita que se sente sozinha para resolver tudo que é necessário, e que não tem apoio de ninguém para lidar com as situações.

“É.. eu só tô um pouco assim... Às vezes, a gente conversando, eu tô uma pessoa assim... sei lá.. emocionada (choro), sentimental. Eu tô chorando muito, por pouca coisa. Eu sinto muita angústia dentro de mim (silêncio). Não sei o porquê. Eu acho que é muita coisa pra mim sozinha, pra resolver tudo. Quiném você tá falando... eu não acho apoio de ninguém. É isso.” (E1MãeU1)

Diante do choro de MãeU1, U1 foi questionado sobre seu sentimento e reação, e o mesmo referiu que se sentiu preocupado e que tenta auxiliá-la por meio de conversas. Porém, a MãeU1 rebate referindo que não existe diálogo entre os dois.

“Você nem conversa comigo, filho. Eu tento ver como você tá, que você tá irritado, eu falo só...você nem me responde. Às vezes eu chego cansada, estressada, trabalhei o dia inteiro, aí eu falo “filho, vai... varre a casa pra mim”. Às vezes, ele até pega a vassoura, mas depois quando acaba, tanto faz.” (E1MãeU1)

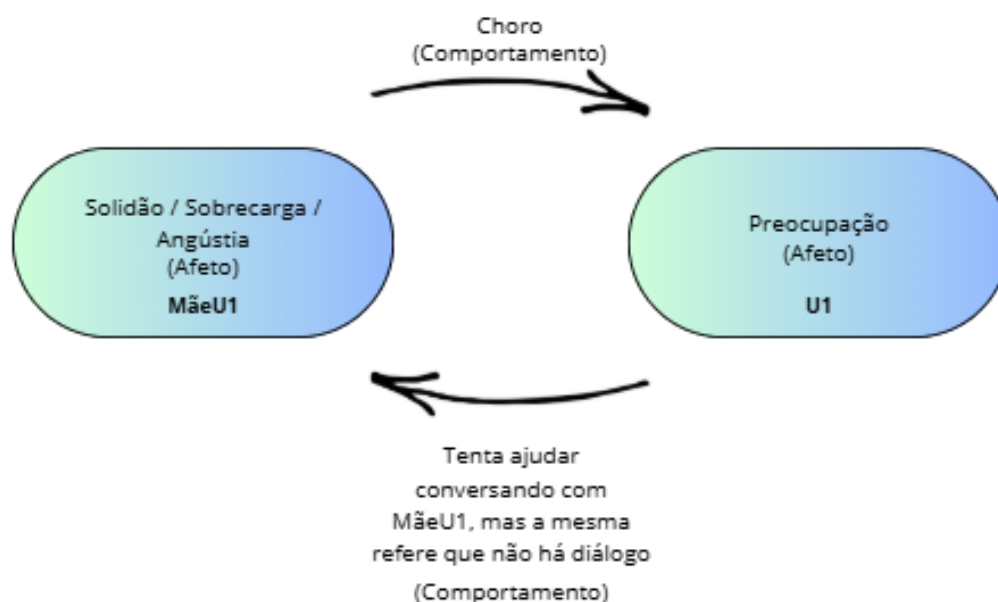
Ressalta-se que nesse momento, observa-se o domínio afetivo do funcionamento familiar da intervenção FAM-SOTC, uma vez que mediante as perguntas circulares envolvendo os membros entrevistados, permitiu validar e normalizar emoções expressas, bem como incentivar a escuta das preocupações e sentimentos uns dos outros. Com isso, os participantes são auxiliados a diminuir a emoção expressa intensamente, aumentar o bem-estar emocional, aumentar o apoio entre os membros da família, buscando diminuir as possíveis crenças restritivas existentes (Sveinbjarnardottir; Svavarsdottir, 2019).

A hipótese de que há falta de diálogo no vínculo relacional foi validada com a MãeU1 pela pesquisadora, a partir da sequência de diálogo apresentada a seguir, e representado no DPC abaixo (FIGURA 4). Percebe-se que MãeU1 necessita de atenção e auxílio nos afazeres de casa, o que ela relata ao expressar sentimentos de solidão e angústia, bem como sobrecarga física, respectivamente.

“Pelo que a senhora está colocando, eu compreendo que a senhora está trazendo que sente falta do diálogo entre vocês dois, é isso?” (E1Pesquisadora1)

“É isso, sinto. Queria que chegasse e conversasse comigo, perguntasse como que tá o meu dia, sobre se eu tô precisando de alguma coisa, que pudesse me ajudar... “eu vou lavar roupa pra você, mãe”, “eu vou limpar a casa pra você”, “eu vou lavar o banheiro pra você”, “precisa fazer janta, eu faço um macarrão pra você, você tá cansada, trabalhou o dia inteiro” (E1MãeU1)

FIGURA 4 – DPC não adaptativo



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026⁴

Logo em seguida, a conversa continua com uma proposta de reflexão sobre a possibilidade de mudança na família, a partir das ações que poderiam ser diferentes (Hsiao et al., 2022), no caso, fortalecendo o diálogo entre os familiares ali presentes e um maior auxílio dos filhos à mãe nos afazeres domésticos.

⁴ DPC fundamentado em Wright, L.M. Older adults and their families: an interactional intervention that brings forth love and softens suffering. **Fam Nurs**, v. 25, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10748407198640>.

“É desse aspecto que a senhora (MãeU1) sente falta?” (E1Pesquisadora1)

“É.” (E1MãeU1)

“Acha que pode melhorar entre vocês dois (MãeU1 e U1), é isso?” (E1Pesquisadora1)

“Acho que pode sim.” (E1MãeU1)

“O que você (U1) pensa quando ouve a mãe dizer isso?” (E1Pesquisadora1)

“Penso coisa...” (E1U1)

“Que coisas?” (E1Pesquisadora1)

“Poderia ajudar.” (E1U1)

Dando sequência na entrevista, MãeU1 apresenta em sua fala a crença de que a doença não impede os filhos de realizarem as atividades domésticas, uma vez que estão em tratamento.

“É, que ele comece a partir de hoje a fazer mais um pouco né? É que eu falo pra eles. Eles não têm mais... não é doente. É igualmente eu. É normal, que tá no tratamento. Pode me ajudar em muita coisa.” (E1MãeU1)

MãeU1 relata que a desobediência dos filhos, o que denota uma crença, faz com que ela tenha como comportamento, a alteração do tom de voz, gritando com eles. Ao ser questionado sobre como se sente nesses episódios em que MãeU1 altera a voz, U1 diz se sentir preocupado com a situação, e que não responde.

“Às vezes eu falo alto com ele, ele só... Não é pra mim tá falando alto com vocês, vocês têm que compreender, fazer alguma coisa. Eu falar, e obedecer, fazer. Eu falar uma vez, depois três vezes já é demais.” (E1MãeU1)

“O que você percebe que te leva a falar alto com eles” (E1Pesquisadora1)

“A desobediência. Eles não me obedecem, a mesma coisa que eu tiver falando com eles, e ninguém fala comigo. Finge que não tá escutando, não sei o que passa pela cabeça deles.” (E1MãeU1)

“E como o U1 se sente quando a mãe fala alto?” (E1Pesquisadora1)

“Preocupado.” (E1U1)

“Preocupado com o que?” (E1Pesquisadora1)

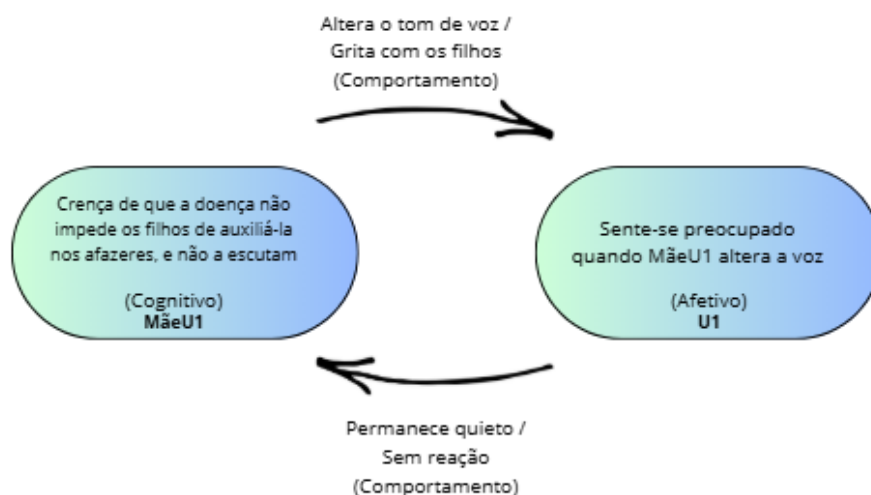
“Com a situação.” (E1U1)

“Com a situação? E como você reage quando a mãe fala alto?”

(E1Pesquisadora1)

“Eu fico quieto.” (E1U1)

FIGURA 5 – DPC não adaptativo

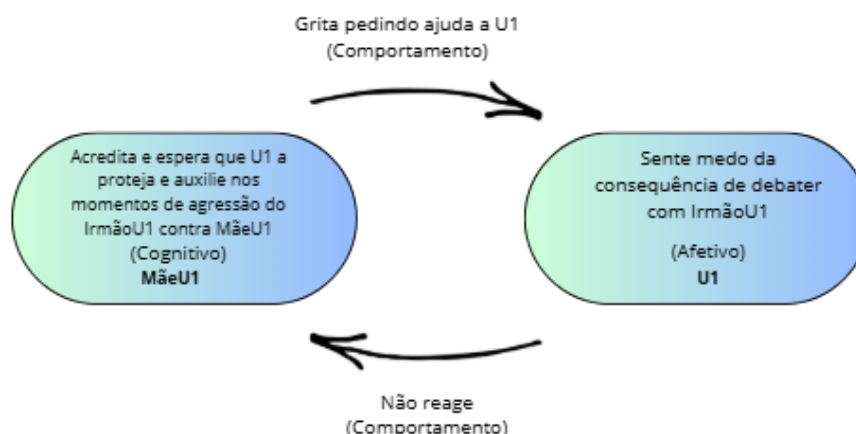


Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026⁵

Além disso, durante a entrevista, MãeU1 relata situações em que IrmãoU1 apresenta comportamento agressivo, com agressões físicas voltadas a ela, bem como com ações que colocam a unidade familiar em risco. Durante essas situações, MãeU1 acredita que U1 poderia protegê-la, e chega a solicitar ajuda do mesmo, porém, U1 diz ter medo da consequência relacionada à reação do IrmãoU1, exemplificando com a possibilidade de IrmãoU1 utilizar uma faca para feri-los. Diante disso, U1 não reage, gerando discordância da MãeU1.

⁵ DPC fundamentado em Wright, L.M. Older adults and their families: an interactional intervention that brings forth love and softens suffering. **Fam Nurs**, v. 25, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10748407198640>.

FIGURA 6 - DPC não adaptativo



Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026⁶

Observa-se que nos DPCs elaborados, todos configuram diagramas não adaptativos, com crenças restritivas. Essas crenças, de acordo com Wrjght e Leahey (Shajani; Snell, 2023), podem aumentar o sofrimento e dificultar a resolução dos problemas, pois a família não consegue descobrir soluções para os desafios ou adversidades enfrentadas no cotidiano. As crenças e os comportamentos estão intimamente relacionados, ou seja, cada ação e escolha da família deriva de suas crenças, e essa interação pode ser observada nos DPCs.

Esses diagramas simplificam as sequências repetitivas observadas em um relacionamento, a partir de dois comportamentos e duas inferências de significado (Shajani; Snell, 2023).

Nos diagramas elaborados, foram utilizados como inferências tanto crenças, quanto sentimentos e emoções. A partir dessas inferências, os comportamentos foram impulsionados, ou seja, a maneira como uma informação foi transmitida de uma pessoa a outra, indo ao encontro dos fundamentos de DPC dados por Wright e Leahey (Shajani; Snell, 2023).

Ressalta-se que conforme as autoras, embora os diagramas possam ser usados para promover o pensamento circular, é preciso se atentar às suas limitações, como os casos

⁶ DPC fundamentado em Wright, L.M. Older adults and their families: an interactional intervention that brings forth love and softens suffering. **Fam Nurs**, v. 25, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10748407198640>.

de violência, não deixando se distrair da responsabilidade pessoal diante desses comportamentos inaceitáveis. Faz-se, assim, extremamente importante e útil no trabalho clínico com famílias manter a noção de circularidade, mas manter a responsabilidade quanto a situações como violência, intimidação e agressão, que são de particular preocupação (Shajani; Snell, 2023).

5.5 APRESENTAÇÃO DOS TEMAS E SUBTEMAS

Após transcrição das entrevistas realizadas, imersão profunda no conteúdo e análise rigorosa dos dados, seguindo as etapas da Análise de Conteúdo Reflexiva (Braun, Clarke, 2019), foram elaborados os temas e subtemas emergentes.

Observa-se que os temas têm estreita ligação com os DPC aqui elaborados, uma vez que as perguntas circulares exploram características interacionais e que, ao tentar compreender a dinâmica familiar, essas perguntas contribuem para uma visão mais interacional, recíproca e sistêmica, sendo esse um papel importante do enfermeiro (Shajani; Snell, 2023).

Os temas emergentes foram elaborados a partir dos domínios que permeiam o Modelo Calgary de intervenção, ou seja, cognitivo, afetos e comportamentos: (1) A crença envolve a doença; (2) A emergência de sentimentos negativos; (3) As dificuldades de comunicação intrafamiliar. No primeiro tema (a crença envolve a doença) foi identificado que, na perspectiva dos familiares entrevistados, acredita-se que o uso das medicações psicotrópicas ameniza as crises, mas que a lentidão nos comportamentos não está relacionada ao uso dos medicamentos, tampouco pelo diagnóstico psiquiátrico, e, por fim, acredita-se que os comportamentos agressivos estão relacionados a alucinações auditivas. No tocante à emergência de sentimentos negativos, sobrecarga e decepção foram citados constantemente na fala do membro familiar entrevistado, assim como a preocupação e o medo diante dos episódios de violência vivenciados no ambiente intrafamiliar. Por fim, tratando-se das dificuldades de comunicação intrafamiliar, emergiram as questões da comunicação e falta de diálogo, os comportamentos diante dos episódios de violência, e as propostas de mudanças no ambiente intrafamiliar emergidas durante a conversa terapêutica e as perguntas circulares (QUADRO 5).

QUADRO 5 – Apresentação dos temas e subtemas

TEMAS	SUBTEMAS
A crença envolve a doença	A medicação ameniza as crises
	A lentidão não está relacionada aos medicamentos e ao diagnóstico psiquiátrico
	Os filhos devem se responsabilizar pelas próprias escolhas
	A violência está relacionada às alucinações
A emersão de sentimentos negativos	Sobrecarga e decepção
	Preocupação e medo nos episódios de violência
As dificuldades de comunicação intrafamiliar	Comportamentos diante dos episódios de violência
	Ausência de comunicação efetiva e falta de diálogo
	Propostas de mudanças

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2026

5.5.1 TEMA 1 - A CRENÇA ENVOLVE A DOENÇA

5.5.1.1 A medicação ameniza as crises

Diante das situações de violência vivenciadas pela família, a MãeU1 relatou que no início do uso da medicação pelo IrmãoU1, as crises psicóticas amenizavam, mas que após o período em que ele ficou sem o uso da medicação, alguns comportamentos começaram a chamar atenção da MãeU1, como o desaparecimento de objetos pessoais.

“Você percebeu alguma alteração no comportamento dele (IrmãoU1) enquanto ele está sem a medicação? (E2Pesquisadora1)

“É... ele já tá... já começou com indício... ele (IrmãoU1) está sem o celular, ele já consumiu... [SPA] já jogou o celular fora, você entendeu? Então já tá começando... com esse medicamento... ele... já tá começando né? Era a única coisa que ele tinha pra comunicação, eu fui descobrir essa semana que ele já consumiu o celular. Não acha, em casa não acha. Ele disse que jogou. Jogou onde? Ele não fala. Então já é um mal comportamento já. (E2MãeU1)”

Adiante, além do desaparecimento de objetos, MãeU1 relatou também que as alucinações retomaram, o que a alertou para a ocorrência de novas crises psicóticas. Dessa forma, em síntese, MãeU1 acredita que a medicação ameniza as crises, e que a falta do medicamento contribui para o ressurgimento delas.

“E a medicação, sem essa medicação injetável, você acha que intensifica ou não? Porque assim né, quando eles (U1 e IrmãoU1) começaram o comportamento assim, intensificou... essa medicação Invega, contém um pouquinho mais ou não?” (E2Pesquisadora2)

“É, depois dessa Invega, ele (IrmãoU1) não deu mais as crises. Porque assim, o Invega, ela foi depois do episódio que eu falei que ele (IrmãoU1) colocou fogo na casa, então ele pôs fogo dentro da casa comigo e ele (U1). [...] Destruíu tudo a casa. Então a gente passou no médico, o médico falou ‘vou dar esse remédio, vou passar esse Invega’. Então a Invega ele (IrmãoU1) tomou já... é... mês de março, acho que ele tomou umas 6 doses. Seis doses. Aí foi que ele passou pra essa dose mais avançada, de 3 em 3 meses, né. Que nós estamos esperando. Então não deu a crise. Eu não sei agora, ele (IrmãoU1) parou o medicamento, ele (IrmãoU1) já consumiu com o celular, eu não sei pra onde ele foi. E episódio novo também, eu achei uma faca também... procurando esse celular no quarto onde eles (U1 e IrmãoU1) dormem. Então eu já me toquei, já durmo com a porta mais trancada, porque se tiver que acontecer alguma coisa, aí eu vou ver algum barulho, né, pra tá meia atenta a isso. Então já tá começando episódio. Por que ele (IrmãoU1) guardou aquela faca lá no quarto dele né? Então já tem algo falando na cabeça dele. Porque ele vê, ele dá risada sozinho.” (E2MãeU1)

“E antes, com a medicação, você percebia que tinha minimizado? Não tava tendo essas crises.” (E2Pesquisadora2)

“Isso, essas crises.” (E2MãeU1)”

Os comportamentos gerados pela crise impactam o bem-estar do paciente, podendo colocar a segurança dele e de terceiros em risco. O uso de medicações e de estratégias de intervenção eficazes colaboram inclusive para a redução de períodos de hospitalização, e a escolha das medicações e da terapêutica deve ser feita considerando aspectos como acesso a recursos comunitários e estabilidade econômica (Farias et al., 2024), tendo em vista que a medicação prescrita para a família entrevistada é de alto custo, e o acesso a essa medicação está restrita. Quando esse acesso é garantido, o uso de medicações antipsicóticas favorece a estabilização de crises psicóticas, tratando os sintomas agudos que contribuem para a crise (Farias et al., 2024).

5.5.1.2 A lentidão não está relacionada aos medicamentos e ao diagnóstico psiquiátrico

Permeando as falas da MãeU1, a lentificação do raciocínio de ambos os filhos foi citada como presente no cotidiano da família. Essa característica foi utilizada para justificar a alteração de voz pela MãeU1, uma vez que a mesma precisa repetir aos filhos solicitações relacionadas às atividades de vida diária.

“Meus filhos são bem lentos. Às vezes eu falo uma coisa pra eles, eles demoram pra raciocinar. Quê... hoje eu levanto, e eu tenho que levantar ‘U1, vamos pro CAPS’. Eu chamo 1 vez, não acorda. Eu chamo 2 vezes, não... aí eu tenho que dar um grito né? Pra acordar. Levanta, toma banho, U1, toma banho. ‘Tibuf’ na cama. ‘U1, tem que escovar’. Aí ele levanta de novo e vai escovar. ‘Guarda a escova’. ‘Tibuf’ na cama. ‘Filho, tu tem que colocar o tênis’. Então, eu acho que a pessoa... pra mim, é muita coisa porque eles (U1 e IrmãoU1) deixam a posição tudo pra mim, entendeu? Até a roupa eu tenho que colocar tudo em ordem, senão eles (U1 e IrmãoU1) metem qualquer... se deixar...ele não achou a camiseta, pega qualquer coisa e veste. Então... É ou não é, U1?” (E2MãeU1)

Para compreender o pensamento da MãeU1 em relação à lentificação de raciocínio dos filhos, foi utilizada uma pergunta diádica, capaz de explorar sua percepção, seguida de uma resposta em que MãeU1 citou que foi orientada pela equipe do CAPS-AD sobre a relação dessa característica com o uso de SPA e o diagnóstico de esquizofrenia. Ressalta-se que em sua fala, MãeU1 salienta que não acredita e não se conforma com essa situação.

“E o que você acha que pode ser? O que você acredita que possa estar essa lentidão relacionada?” (E2Pesquisadora2)

“Então, eu já falei pros meninos uma vez, eu passei... teve uma palestra aqui (CAPS-AD). Eles falam que esses meninos (U1 e IrmãoU1) entraram numa casinha deles. Mas só que essa casinha deles (U1 e IrmãoU1) você tem que saber que eles precisam tomar banho, eles precisam escovar, eles precisam fazer uma janta ou alguma coisa pra eles comerem, e não ficar esperando só por mim. Você entende? Eu acho que não precisava, porque eles não são menores de idade, eles podem ter um probleminha, mas não tão lento assim. Eles tinham que estimular eles mesmo a fazer as coisas deles.” (E2MãeU1)

“E você falou que eles explicaram pra você. Eles quem explicaram? O que eles explicaram?” (E2Pesquisadora2)

“É, falou assim que... é... que eles (U1 e IrmãoU1) usaram muita droga, que o raciocínio deles ficou mais lento, que fica mesmo, que eu tinha que ter paciência, que assim... mas eu não me conformo com isso, você entendeu? Eu não me conformo com isso.” (E2MãeU1)

Essa percepção da MãeU1 foi complementada no momento em que ela citou que as doses das medicações foram reduzidas, e ainda assim U1 continua com o raciocínio lento. Dessa maneira, a entrevistada confirmou sua crença de que a lentidão não está relacionada aos medicamentos e ao diagnóstico de esquizofrenia.

“Mas o U1 diminuiu muito o remédio mesmo, que ele tomava de manhã, de noite. Agora ele só toma a noite, mas mesmo assim ele continua lento.” (E2MãeU1)

A literatura apresenta que apesar das expectativas de familiares de que o tratamento psiquiátrico deveria resultar em melhora significativa e rápida dos sintomas, a trajetória de recuperação em transtornos como a esquizofrenia é altamente individualizada e muitas vezes marcada por flutuações clínicas, efeitos residuais dos sintomas e desafios cognitivos persistentes, mesmo com adesão terapêutica. Pesquisas sobre experiências de cuidadores revelam que muitos familiares tendem inicialmente a atribuir as dificuldades atuais de seus entes ao esforço inadequado ou à falta de disciplina, especialmente quando estes estão em tratamento, o que reflete uma compreensão simplificada e muitas vezes moralizante da condição de saúde mental (Gagiu et al, 2025), o que corrobora com o presente dado deste estudo, no qual a mãe relata a desobediência dos filhos.

Estudos recentes indicam que o uso crônico de substâncias psicoativas, especialmente quando prolongado e iniciado precocemente, pode resultar em déficits

persistentes em funções cognitivas como atenção, memória de trabalho, funções executivas e velocidade de processamento, mesmo após períodos de abstinência, sugerindo alterações neuroadaptativas duradouras nos circuitos fronto estriatais (Volkow et al., 2023; Pan et al., 2024). Paralelamente, revisões sistemáticas e meta-análises demonstram que antipsicóticos de primeira geração, como o haloperidol, estão associados a pior desempenho cognitivo quando comparados a antipsicóticos de segunda geração ou placebo, sobretudo em domínios relacionados à velocidade de processamento, flexibilidade cognitiva e fluência verbal, aspectos diretamente implicados no raciocínio (Kim et al., 2024; Høyer et al., 2025). Assim, a combinação entre prejuízos cognitivos residuais decorrentes do uso passado de substâncias e o bloqueio dopaminérgico intenso promovido pelo haloperidol no tratamento atual pode contribuir de forma significativa para a lentificação do raciocínio identificada, configurando um quadro compatível com achados neuropsicológicos descritos na literatura (Volkow et al., 2023; Pan et al., 2024; Kim et al., 2024; Høyer et al., 2025).

5.5.1.3 Os filhos devem se responsabilizar pelas próprias escolhas

Ao narrar a história da família, a mãe relatou que tinha uma expectativa de que, com o avançar dos anos, os filhos a ajudariam, porém isso não aconteceu, e os filhos fizeram a escolha do uso de SPA.

“[...] Depois que eles (U1 e IrmãoU1) cresceram, que eu falei ‘ah, meus filhos cresceram, agora eles vão me ajudar’, mas não foi como eu pensei, né? Que eles (U1 e IrmãoU1) não escolheram uma vida quem era, porque hoje eu vou falar pra você (pesquisadoras), eu deito no travesseiro com a minha cabeça livre. Eu não devo nada pra ninguém, sabe? Só que aí eu... eles (U1 e IrmãoU1) procuraram a vida deles né? Diferente. E é isso a minha história.” (E2MãeU1)

Em consonância com essa expectativa e com o pensamento de que a lentidão não está relacionada ao diagnóstico e aos medicamentos, MãeU1 apontou que os filhos devem se responsabilizar pelas próprias escolhas da vida, ou seja, o uso de SPA.

“Porque assim, eles (U1 e IrmãoU1) são maiores de idade, eles (U1 e IrmãoU1) que escolheram a vida pra eles, não podia ter nesse momento, eles com o que? 35, 36 anos? Eles (U1 e IrmãoU1) tinham que ser independentes. Por quê? Tudo que causou, foi ele (U1) mesmo que buscou. Não fui eu. Aí põe a responsabilidade tudo pra mim? Tudo que tem que fazer sou eu? Ele (U1) podia sair... porque ele (U1) tem a carteirinha dele de ônibus. Ele (U1) podia sair e vir (CAPS-AD) sozinho, eu não precisava vir trazer. É só

dizer ‘mãe, eu vou pegar o ônibus e vou’. Mas ele só vem se eu trazer até aqui. Se eu deixar lá, ele não vem. Não é... não desenvolve. (Silêncio).” (E2MãeU1)

Observando o relato acima, a MãeU1 aponta que, na percepção dela, os filhos devem ser independentes nas atividades de vida diária, como buscar um meio de transporte para ir até o serviço em que faz acompanhamento. A dependência para tal ato nos faz refletir sobre a percepção de sobrecarga por parte dela, ao citar que ela que assume todas as responsabilidades.

Estudos documentam como familiares de pessoas com transtornos mentais crônicos frequentemente enfrentam tensões entre expectativas normativas de autonomia individual e as demandas reais de cuidado contínuo e intenso. Especificamente, pesquisas que investigam fatores relacionados à sobrecarga familiar no contexto da esquizofrenia apontam que a percepção de volatilidade no comportamento dos pacientes, dificuldade de funcionamento social e dependência persistente nas atividades do dia a dia contribuem significativamente para a sensação de injustiça e frustração dos cuidadores, que muitas vezes esperavam uma melhora progressiva ou retorno à autonomia funcional (Tabassum et al, 2024; George, Dinesh, Melody, 2025). Essas expectativas, somadas à ausência de uma compreensão aprofundada dos déficits cognitivos e negativos característicos da esquizofrenia e o uso de substâncias psicoativas, podem levar à atribuição de culpa ou responsabilidade equivocadas aos próprios pacientes, quando, na realidade, o transtorno frequentemente resulta em dificuldades persistentes mesmo quando há adesão ao tratamento (Razmjoo et al, 2025).

Estudos que exploram estilos emocionais e cognitivos entre cuidadores mostram que a forma como os familiares regulam suas emoções, interpretam os comportamentos do paciente e atribuem significado às dificuldades de cuidado influencia diretamente o nível de estresse, sofrimento e percepção de injustiça (Razmjoo et al, 2025). Por exemplo, cuidadores com estilos de regulação emocional que privilegiam a negação ou a atribuição de culpa tendem a relatar maior sobrecarga e maior dificuldade em aceitar a natureza crônica da condição, o que amplifica sentimentos de frustração e de trabalho desigual no contexto familiar (Razmjoo et al, 2025; Silva, Souza, 2025), o que corrobora com os dados deste estudo.

De forma alinhada, estudos de intervenção familiar em esquizofrenia têm enfatizado que psicoeducação e desenvolvimento de habilidades cognitivas e emocionais nos cuidadores reduzem significativamente a carga percebida e promovem uma compreensão mais realista das limitações e capacidades dos pacientes, o que, por sua vez,

diminui o impacto de crenças absolutistas sobre responsabilidade e justiça familiar (Yasuma et al, 2024).

5.5.1.4 A violência está relacionada às alucinações

Na primeira entrevista, MãeU1 relatou alguns episódios em que IrmãoU1 apresentou comportamentos agressivos contra ela e o U1, detalhando também os impactos que esses episódios geraram no ambiente intrafamiliar, bem como o sentimento de tristeza gerado em MãeU1 diante dessa situação.

“O IrmãoU1, assim... às vezes, ele não é de falar alto comigo, assim... mas se eu pedir uma vez, duas vezes, três vezes, ele já grita comigo sabe? Ou nem fazer né? Uma vez, eu vou contar pra você que, a gente é só em três, e o IrmãoU1 comeu a mistura todinha, deixou o U1 comer sem carne. Aí eu falei alto né? Falei “IrmãoU1, nós estamos em três. Você comeu toda a mistura e deixou nós sem? Caramba”, né? Eu não pensei que ele ia reagir. Ele me deixou toda roxa, de tanto que ele me bateu.” (E1MãeU1)

“Essa agora foi porque eu aumentei a voz, mas teve uma vez que ele (IrmãoU1) me pegou assim, foi pra me enforçar mesmo. Eu tava tirando a cutícula, não tava conversando com nada... tava aqui tentando tirar a cutícula. Quando eu vi, ele jogou a garrafa, e quando eu levantei, ele me pegou, e só soltou porque eu consegui morder, porque senão eu tinha morrido, sabe? Esse momento, eu gritava socorro pra ver se alguém vinha na sala, mas ninguém ouviu. Aí consegui morder. Aí com a dor, ele me soltou. E outra vez também, eu tava despercebida também, ele bateu uma panela de pressão na minha cabeça, também. Sem motivo nenhum.” (E1MãeU1)

“Que ele (IrmãoU1) também botou fogo na casa, e eu e o U1 dormindo, ele (IrmãoU1) botou fogo no sofá da sala e pegou na casa inteira. [...] O U1 ficou intubado 8 dias na Santa Casa. Cinco dias na UTI [Unidade de Terapia Intensiva] e mais cinco dias em Campinas pra tirar as peles do rosto. É queimado aqui... no rosto, na boca. Ele ficou deformado, o U1. Então são tudo consequência que me traz... (Silêncio, seguido de choro) às vezes, tristeza, não sei.” (E1MãeU1)

Por ser um relato frequente da MãeU1, na segunda entrevista as pesquisadoras retomaram o assunto, a fim de compreender os pensamentos/crenças dos entrevistados sobre esses episódios. Assim, na sequência de falas descritas abaixo, observa-se que a MãeU1 associou o comportamento agressivo de IrmãoU1 a alucinações auditivas.

“Você tinha comentado de alguns episódios, em que ele (IrmãoU1) teve um comportamento mais agressivo. Você associa essa agressividade dele a algum aspecto

específico? Por que você acha que ele apresenta esses comportamentos?”
(E2Pesquisadora1)

“Isso daí eu não faço a mínima ideia, porque que causa isso. Eu já perguntei pra ele, eu perguntei ‘IrmãoU1, você tem raiva, ódio, raiva de mim? Você faz...’ Porque depois desses episódios que acontecem, eu falo ‘o que que fez você fazer isso comigo?’ Ele só fala assim ‘Precisa ficar lembrando? Ele que mandou, ele tá olhando, ele vê’. Ele vê. (E2MãeU1) Alucinando, né?” (E2Pesquisadora2)

“Ele (IrmãoU1) alucina.” (E2MãeU1)

“E ele (IrmãoU1) fala que foi, né, isso que mandou ele ser agressivo, é isso?” (E2Pesquisadora1)

“Isso, é. Ele (IrmãoU1) já falou várias vezes que tem alguém que falou que é pra me matar, mas ele não tem coragem. Ele não tem coragem, mas é quem eu te falei, ele já me socou, ele já, acho que eu já pus isso aí também, né? Ele já bateu com uma panela de pressão na minha cabeça sem eu perceber. Então são coisas que, episódios violentos.”
(E2MãeU1)”

As intervenções farmacológicas desempenham um papel fundamental na redução da gravidade dos sintomas psicóticos, entre eles alucinações e delírios, que podem comprometer a segurança do paciente e de terceiros (Farias et al., 2024). No contexto das políticas públicas de saúde mental, a descontinuidade do fornecimento de medicamentos antipsicóticos de alto custo representa uma falha estrutural com repercussões clínicas significativas. A literatura aponta que a interrupção do tratamento com antipsicóticos por barreiras de acesso está associada a maior número de internações psiquiátricas, pior prognóstico funcional e aumento do sofrimento familiar e social (BRASIL, 2022).

5.5.2 TEMA 2 – A EMERSÃO DE SENTIMENTOS NEGATIVOS

5.5.2.1 Sobrecarga e decepção

Durante suas falas, a mãe relatou que acredita que os filhos não são doentes, que estão em tratamento e que isso não os impede de auxiliá-la nas tarefas. Porém, observou-se nas falas que ela se responsabiliza pelas atividades domésticas, incluindo os cuidados pessoais dos filhos.

“[...] Às vezes eu falo que eles não são doentes, que eles têm um problema, mas que está em tratamento. Eles poderiam tá... eu saio pra trabalhar, eles lavam uma louça, eles varrem a casa, não precisam mandar eles tomar banho, não precisam mandar eles barbear, sabe? Que são tudo em cima de mim [...].” (E1MãeU1)

“Eu acho que é muita coisa pra mim sozinha, pra resolver tudo.” (E1MãeU1)

A falta de auxílio por parte dos filhos gera um sentimento de decepção na mãe. Esse sentimento foi validado pelas pesquisadoras, sendo os relatos apresentados abaixo.

“[...] Você lembra que eu falei ‘U1, toma a vassoura. Varre’. Ele (U1) pega a vassoura, faz uma, duas. Encosta a vassoura. E aí? Não tem como fazer mais nada. Deixa lá e eu vou fazer, porque se eu pedir mais outra vez, não vai fazer do mesmo jeito, né. Eu já pus na mão que é pra fazer aquele serviço. Não fez. Então é isso que... decepciona, né? É uma decepção. (E2MãeU1)

Você se sente decepcionada? (E2Pesquisadora2)

É, porque eu já sou pai e mãe, eu tento trabalhar, porque assim, eu vou falar pra vocês. [...] Porque hoje as coisas estão tudo caro. Se compra 1 kg de carne, é R\$50,00, R\$49,00. Eu falei pra eles “diminui o cigarro”, né? Fumam pra caramba. Eu falo...com o dinheiro que eles ganham, às vezes ele falam assim ‘aiiii...’, o IrmãoU1 mesmo já falou “o que tá fazendo com meu dinheiro?”. Às vezes não vê que eles não vão no bar pra comprar o fumo deles, que é tudo eu que compro. Que eu não vou dar dinheiro na mão deles, por quê? E o medo, ne? Das outras coisas. Daí eu tenho que comprar o fumo deles, eu não posso deixar faltar, e eu compro calçado, e eu compro roupa, eu tenho que dar comidinha tudo na hora, bonitinho, roupa lavada, tudo okay pra eles. Então, a carga é só pra mim. Só pra mim. Se tiver comida feita pra eles, eles comem. Se não tiver, eles não comem. (E2MãeU1)”

Estudos internacionais apontam que esse acúmulo de funções está diretamente relacionado a altos níveis de sobrecarga emocional, física e social, especialmente em cuidadores de longa duração de pessoas com esquizofrenia (Thirunavukkarasu; Zawawi, 2025; Zaragoza et al., 2022), em especial mães, com impactos significativos na saúde mental, na qualidade de vida e nas relações intrafamiliares (Gagiu et al., 2025; Nair et al., 2025).

A ausência de apoio emocional, financeiro e familiar amplia o sofrimento psíquico da cuidadora e corrobora com as falas de sentimentos de tristeza, angústia e sobrecarga. A literatura destaca que cuidadores de familiares com algum transtorno mental frequentemente relatam sensação de solidão no cuidado, dificuldade em compartilhar responsabilidades e baixa participação de outros membros da família (Pan et al., 2024),

fenômeno também observado neste caso único, uma vez que os demais filhos mantêm contato restrito apenas por telefone e não participam ativamente da dinâmica cotidiana.

A convivência simultânea com esquizofrenia e uso de substâncias agrava ainda mais a complexidade do cuidado. A literatura evidencia que a associação entre transtornos psíquicos e consumo de álcool ou outras drogas está relacionada a maior frequência de crises, comportamentos desorganizados, dificuldades de adesão ao tratamento e aumento do estresse familiar (Hunt et al., 2022; Shalahuddin et al., 2025).

No contexto brasileiro, estudos realizados em serviços de saúde mental, incluindo CAPS e CAPS-AD, demonstram que familiares cuidadores experimentam sobrecarga objetiva, relacionada às tarefas diárias e ao controle de comportamentos, e sobrecarga subjetiva, associada ao sofrimento emocional e ao medo de recaídas e crises (Brasil, 2022; Ferreira, 2022). Esses achados dialogam com a realidade observada no presente estudo, no qual a mãe se encontra emocionalmente sobrecarregada, sem suporte efetivo de recursos intra e extrafamiliares. Além disso, a história conjugal da cuidadora, marcada por um relacionamento anterior com um parceiro usuário de SPA já falecido e por um vínculo afetivo posterior interrompido, reforça a literatura que aponta que mulheres cuidadoras frequentemente vivenciam trajetórias de vida permeadas por relações marcadas pela dependência, abandono e sobrecarga afetiva (Ferreira, 2022).

Esses elementos tendem a reforçar padrões de cuidado sacrificiais e dificuldade em estabelecer limites, aspecto relevante para a análise terapêutica familiar. Estudos recentes sobre resiliência familiar no contexto da esquizofrenia indicam que fatores como apoio social, compartilhamento de responsabilidades, comunicação familiar eficaz e suporte institucional são fundamentais para reduzir a sobrecarga e promover melhor adaptação familiar (Pan et al., 2024; Zhou et al., 2025).

Dessa forma, faz-se importante abordagem terapêutica não apenas ao paciente, mas também à família como unidade de cuidado, abordando estratégias que fortaleçam a rede de suporte social (Pan et al., 2024; Ferreira, 2022).

5.5.2.2 Preocupação e medo nos episódios de violência

Durante a entrevista, a mãe narrou a história em que IrmãoU1 ateou fogo no sofá da família, e o fogo se espalhou, atingindo a estrutura da casa, bem como MãeU1 e U1. Com isso, U1 foi hospitalizado com grave queimadura, precisando ser transferido para instituição hospitalar de outra cidade, referência no tratamento de queimados. Diante disso, com o uso de perguntas circulares, pôde-se compreender os sentimentos gerados em U1 ao relembrar essa situação, como preocupação.

“O U1 ficou intubado 8 dias na Santa Casa. 5 dias na UTI e mais 5 dias em Campinas pra tirar as peles do rosto. É queimado aqui... no rosto, na boca. Ele ficou deformado, o U1. Então são tudo consequência que me traz... (Silêncio, seguido de choro) às vezes tristeza, não sei. (E1MãeU1)

Como é que você (U1) se sente ao lembrar disso? (E1Pesquisadora1)

Preocupado. (E1U1)

Preocupado com o que?

Com o IrmãoU1. (E1U1)

É? Sabe me explicar melhor essa preocupação? Consegue me explicar melhor isso?

É que ele (IrmãoU1) é muito bravo. (E1U1)”

Em outro momento, durante a entrevista 2, o assunto foi retomado e o caso índice relatou que sente pena por não poder fazer nada nesses episódios violentos.

“U1, e quando o IrmãoU1 tem esses comportamentos mais violentos, mais agressivos com a mãe, o que você sente? (E2Pesquisadora1)

Eu sinto pena de não poder fazer nada. (E2U1)”

Evidências recentes indicam que a não adesão medicamentosa em esquizofrenia está consistentemente associada a maior risco de recaídas, exacerbação de sintomas positivos e maior probabilidade de comportamentos desorganizados e agressivos (Kishimoto et al., 2022; Zhang et al., 2024). Embora a violência não seja um atributo intrínseco da esquizofrenia, estudos apontam que a combinação entre descontinuidade terapêutica, uso de substâncias psicoativas e estressores ambientais eleva o risco de comportamentos agressivos no contexto domiciliar, produzindo situações de ameaça e insegurança para os cuidadores (Fazel; Seewald, 2022).

Esses episódios de violência na família entrevistada geram sentimentos inclusive no caso índice, uma vez que o mesmo relatou em suas falas medo e preocupação diante dos comportamentos agressivos de seu irmão. Esses sentimentos geraram em U1 um comportamento não reativo, mantendo-se quieto e sem atitude durante as situações. Estudos recentes sobre famílias de pessoas com esquizofrenia indicam que a convivência prolongada com crises psicóticas e episódios de violência podem gerar nos familiares respostas de evitação, paralisia por medo e impotência aprendida, sobretudo quando os próprios familiares apresentam limitações cognitivas ou emocionais decorrentes de adoecimento psíquico e uso de substâncias psicoativas (Jansen et al., 2023; Liu et al., 2024).

5.5.3 TEMA 3 - AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO INTRAFAMILIAR

5.5.3.1 Comportamentos diante dos episódios de violência

Por meio das falas dos entrevistados, foi possível compreender os comportamentos, tanto de U1 quanto da MãeU1, diante da violência vivenciada nos momentos em que IrmãoU1 apresenta comportamentos agressivos.

A reação comportamental de U1 diante da atitude de hostilidade e agressividade física (bater) do irmão consistiu em manter-se quieto e inerte, justificada pelo medo de desencadear escalada para agressividade física com arma branca. Na percepção de U1, tal atitude é interpretada como ato de defesa. Tal situação é confirmada pela sua mãe.

“O que ele (IrmãoU1) faz quando fica bravo? (E1Pesquisadora1)

Começa a me bater. (E1U1)

E você (U1)? Como você reage quando ele (IrmãoU1) tá bravo com você?

Eu fico quieto. (E1U1)”

“U1, e quando você não reage a essas situações, o que te leva a não reagir? Por que você não reage? (E1Pesquisadora1)

Tenho medo da consequência. (E1U1)

Da consequência relacionada ao IrmãoU1, é isso? (E1Pesquisadora1)

É. (E1U1)

Que tipo de consequência você acha que poderia ter? (E1Pesquisadora1)

Ele (IrmãoU1) pegar a faca e atacar a gente (U1 e MãeU1). (E1U1)”

Ainda na segunda entrevista, essa percepção do U1 foi reforçada durante suas falas, uma vez que ele citou que só pode se defender dos comportamentos agressivos do irmão, pois acredita que IrmãoU1 pode pegar uma faca e atacar ele e sua mãe.

“Você (U1) acredita que não pode fazer nada quando acontece isso (comportamento agressivo de IrmãoU1 contra a MãeU1)? (E2Pesquisadora 1)

Só defender. (E2U1)

Defender como? (E2Pesquisadora 1)

Defendendo dos ataques dele (IrmãoU1). (E2U1)

Mas você (U1) se defender? (E2Pesquisadora 2)

É. [...] eu defendo. (E2U1)

O que você acha que ele (IrmãoU1) poderia fazer? (E2Pesquisadora 1)

Me atacar, pegar a faca. (E2U1)

Quanto ao comportamento da mãe diante das situações de violência de IrmãoU1 observou-se atitudes de revidar com agressividade física, afastar-se do ambiente para evitar escalada, bem como, transferir o sentimento de raiva batendo com uma vara em outros objetos.

“E como você reage, MãeU1, quando essas situações acontecem? Qual é a sua reação logo que acaba essa situação? (E2Pesquisadora1)

Olha, nessa última vez, eu vou falar pra vocês (pesquisadoras), eu nunca parti pra cima dele (IrmãoU1), sabe? Mas dessa vez, me deu tanta vontade de eu... sabe? De eu bater. Eu peguei uma vara, mas eu não consegui bater nele. Eu batia no colchão, despenquei toda a minha raiva em cima de uma cama, mas eu não consegui bater nele (IrmãoU1). Não consegui bater nele (IrmãoU1). Às vezes assim, às vezes a gente pensa assim ‘eu vou bater, mas não vai resolver’. Eu também não sei a reação dele (IrmãoU1) depois. (E2MãeU1)”

A literatura indica que ambientes familiares marcados por altos níveis de tensão, crítica e envolvimento emocional negativo estão associados a maiores taxas de recaída e pior prognóstico clínico (López-Carmona et al., 2023). Embora tais achados não devam ser utilizados para responsabilizar as famílias pelo curso da doença, eles ressaltam a importância de intervenções que fortaleçam estratégias comunicacionais mais protetivas e reduzam o clima emocional adverso no domicílio. Programas contemporâneos de psicoeducação familiar demonstram eficácia na redução da sobrecarga do cuidador, na melhora da adesão medicamentosa e na diminuição da frequência de crises, ao favorecerem a compreensão do transtorno, a identificação precoce de sinais de descompensação e a construção de planos compartilhados de manejo das crises (Yasuma et al., 2024; Chien; Bower, 2023).

É evidenciado que a combinação entre esquizofrenia, histórico de uso de substâncias e descontinuidade medicamentosa produz efeitos que extrapolam o indivíduo adoecido, impactando profundamente a organização familiar, a segurança dos cuidadores e a qualidade das relações (Jansen et al., 2023; Amarante; Torre, 2022; Onocko-Campos et al., 2024).

5.5.3.2 Ausência de comunicação efetiva e falta de diálogo

Durante a elaboração do ecomapa e a classificação da relação entre MãeU1, U1 e IrmãoU1, a mãe cita que não há uma comunicação efetiva entre eles.

“[...]E às vezes tem hora que eu vou conversar com eles (U1 e IrmãoU1), eles não prestam atenção. Eu tô falando, parece que tá se entrando aqui, e sai por lá [...]” (E1MãeU1)

De acordo com os relatos de MãeU1, a alteração do tom de voz por ela é motivada pela sua percepção de que há desobediência dos filhos, quando ela pede repetidas vezes que eles realizem alguma tarefa, e eles não as fazem. Tal fato merece atenção no vínculo relacional entre os entrevistados, uma vez que esse comportamento influencia a dinâmica familiar, conforme demonstrado no DPC anteriormente.

Referindo-se aos momentos em que MãeU1 grita com U1, este citou que se sente preocupado com a situação e acaba não respondendo à mãe.

“O que você percebe que te leva a falar alto com eles (U1 e IrmãoU1)? (E1Pesquisadora1)

A desobediência. Eles (U1 e IrmãoU1) não me obedecem, a mesma coisa que eu tiver falando com eles (U1 e IrmãoU1), e ninguém fala comigo. Finge que não tá escutando, não sei o que passa pela cabeça deles (U1 e IrmãoU1). (E1MãeU1)

E como o U1 se sente quando a mãe fala alto? (E1Pesquisadora1)

Preocupado. (E1U1)

Preocupado com o que? (E1Pesquisadora1)

Com a situação. (E1U1)

Com a situação? E como você reage quando a mãe fala alto? (E1Pesquisadora1)

Eu fico quieto. (E1U1)”

MãeU1 referiu que ela não obtém resposta quando tenta um diálogo com o filho U1, e que essa falta de diálogo faz com que ela não compreenda os sentimentos dele, e acaba estimulando o aumento do tom de voz por ela ao tentar se comunicar.

“Você nem conversa comigo, filho. Eu tento ver como você tá, que você tá irritado, eu falo só...você nem me responde.” (E1MãeU1)

“[...] Não tá reagindo pra fazer nada. Às vezes ele... Não sei o que passa na cabeça dele, se ele fica magoado comigo, não desabafa, né? Porque às vezes eu falo “Olha, eu gritei, mas não é pra gritar pra vocês, porque vocês tinham que fazer sem eu alterar minha voz”, entendeu? Sem fazer... sem eu me alterar.” (E1MãeU1)

Percebe-se que na concepção de MãeU1, (re)estabelecer o diálogo com seu filho U1 representa a necessidade dela de também obter atenção e de compartilhar o dia a dia em família, bem como ter a esperança de que os filhos tenham a iniciativa de auxiliá-la nos afazeres domésticos para diminuir esta sobrecarga.

“Queria que chegasse e conversasse comigo, perguntasse como que tá o meu dia, sobre se eu tô precisando de alguma coisa, que pudesse me ajudar... “eu vou lavar roupa pra você, mãe”, “eu vou limpar a casa pra você”, “eu vou lavar o banheiro pra você”, “precisa fazer janta, eu faço um macarrão pra você, você tá cansada, trabalhou o dia inteiro”. (E1MãeU1)

Entretanto, a mãe de U1 obtém a escuta para seus anseios por intermédio do apoio das profissionais do CAPS-AD.

“Às vezes, as meninas (profissionais do CAPS-AD) ali conversam comigo, fala que eu sou muito especial, sempre tá ali comigo, sempre tá perguntando como é que eu estou, ou me chama pra uma conversa igual eu estou aqui com você.” (E1MãeU1)

Observa-se que os irmãos compartilham atividades em conjunto, como o ato de fumar, bem como estabelecem diálogo, o qual é reconhecido pelo U1 com um aspecto que o agrada na relação. Porém, há dificuldades de comunicação entre U1 e sua mãe.

“O que vocês (U1 e IrmãoU1) fazem juntos que te (U1) agrada? Além do fumar paieiro, tem alguma outra coisa? (E2Pesquisadora1)

Ah, nós conversa... (E2U1)

Conversa? (E2Pesquisadora1)

É. (E2U1)

E vocês com a mãe? (E2Pesquisadora1)

Falta conversar. (E2U1)

Falta conversar? (E2Pesquisadora1)

Falta. (E2U1)

Eles (U1 e IrmãoU1) não conversam muito comigo mesmo não, viu? [...] Às vezes, ele (U1) tá assim, olhando pra mim, eu falo ‘Vocês (U1 e IrmãoU1) tão precisando de alguma coisa, vocês tão sentindo alguma coisa?’. Eu sempre pergunto pra eles (U1 e IrmãoU1). ‘U1, você tá bem?’, ‘Vocês (U1 e IrmãoU1) tão bem?’. Eu pergunto ‘Vocês (U1 e IrmãoU1) tão bem? Vocês (U1 e IrmãoU1) precisam de alguma coisa? Vocês (U1 e IrmãoU1) querem alguma coisa?’. Ele (U1) já fala ‘Quero lanche’. (E2MãeU1)”

O uso de substâncias traz impacto na afetividade e comunicação materna, combinadas com possíveis dificuldades de presença e sensibilidade emocional ao qual podem resultar na fragilização de vínculos afetivos percebidos, sobretudo quando a expressão de carinho não está alinhada com expectativas culturais sobre amor materno (Rodrigues et al, 2022; Shockley, Price, Dellor, 2022).

Revisão realizada por Onofre et al. (2023) aponta que a terapia familiar pode ajudar a melhorar a comunicação e o relacionamento entre o cuidador e a pessoa com esquizofrenia.

5.5.3.3 Propostas de mudanças

A partir das perguntas circulares, permitindo a exposição dos sentimentos e opiniões uns dos outros e a reflexão sobre as colocações, surgiram nas falas dos membros entrevistados propostas de mudanças para fortalecer os vínculos relacionais. A proposta dada pelo caso índice foi o de ajudar mais a mãe nos afazeres domésticos, logo após a mãe ter colocado em seu relato que sente falta do diálogo no ambiente familiar e do auxílio nas atividades diárias.

*“O que você (U1) pensa quando ouve a mãe dizer isso (MãeU1 sente falta do diálogo e do auxílio dos filhos nos afazeres domésticos)?
(E1Pesquisadora1)
Penso coisa. (E1U1)
Que coisas? (E1Pesquisadora1)
Poderia ajudar. (E1U1)”*

Quando questionada sobre o que a mãe pensa ao ouvir essa fala do filho propondo que pode auxiliá-la nas tarefas, ela propôs que essa mudança realmente aconteça, uma vez que ela acredita que os filhos já estão em tratamento e que a doença não os impede de realizar as atividades no domicílio.

*“É, que ele comece a partir de hoje a fazer mais um pouco né? É que eu falo pra eles. Eles não têm mais... não é doente. É igualmente eu. É normal, que tá no tratamento. Pode me ajudar em muita coisa.”
(E1MãeU1)*

Abordou-se também, além da possibilidade de mudança, a maneira como isso poderia acontecer, na perspectiva dos entrevistados.

*“De que forma você (MãeU1) acha que ele (U1) poderia te ajudar?
(E2Pesquisadora1)
É, mas eu falei... que ele (U1) poderia fazer as coisas. Ele (U1) poderia tá lavando uma louça pra mim, ele poderia tá limpando, varrendo a casa, limpando... já é uma ajuda. (E2MãeU1)*

E você, U1? Que forma você acha que poderia ajudar mais a sua mãe?
(E2Pesquisadora1)

Eu tinha que limpar a casa. Limpar a casa, varrer, lavar a louça. (E2U1)”

Em outro momento da entrevista, também surgiu a necessidade referenciada pela mãe de ter que solicitar a ajuda do filho U1 diversas vezes. Diante das colocações, as pesquisadoras utilizam as perguntas circulares objetivando reflexões que possibilitem mudanças e novas perspectivas para o futuro.

Percebe-se que para U1 a obediência está relacionada quando a sua mãe expressa sinais de estresse emocional. Por outro lado, a mãeU1 tem a expectativa de que seu filho U1 compreenda e realize o ritual de vida diária, sem necessidade de ela cobrá-lo todo dia. A proposta de mudança reconhecida por U1 envolve ouvir os conselhos maternos e levantar mais cedo diariamente.

“E o que você pensa sobre isso, U1? Quando ela (MãeU1) te chama 3 vezes.
(E2Pesquisadora2)

Eu tenho que obedecer [...] quando ela tá estressada. (E2U1)

Aí você obedece? (E2Pesquisadora2)

É. (E2U1)

Mas aí você (U1) não tá obedecendo, quem... não é a primeira vez. Toda vez que você (U1) vem pra aqui, é esse sacrifício pra mim te levantar. Então se fosse obedecer, ia falar assim ‘não, daquela vez a minha mãe gritou comigo pra mim levantar’. Então, a noite eu já falo ‘U1, amanhã tu vai no CAPS?’ O que que era pra ele (U1) fazer? Ele já ‘nossa, minha mãe avisou já desde ontem, então eu vou ter que levantar mais cedo’, não precisava eu tá gritando com ele (U1). [...] Pra ele (U1) tá levantando, porque eu já tô avisando, amanhã vou te levar sair, levanta tal hora. Levanto, me arrumo, chamo. É verdade ou não é, U1? (E2MãeU1)

É. (E2U1)

E o que você acha que pode fazer, U1, pra essa situação ser diferente da próxima vez?
(E2Pesquisadora1)

Tem que ouvir os conselhos dela. [...] Parar de acordar tarde. (E2U1)”

Por fim, foi possível observar que o afeto é visto com diferentes significados pelo U1 e pela MãeU1. Desde o início dos encontros, a mãe relatou a importância para ela de receber auxílio nas tarefas diárias, podendo vir à reflexão que esse auxílio é percebido como demonstração de afeto, preocupação e apoio aos seus filhos.

“Queria que chegasse e conversasse comigo, perguntasse como que tá o meu dia, sobre se eu tô precisando de alguma coisa, que pudesse me ajudar... ‘eu vou lavar roupa pra você, mãe’, ‘eu vou limpar a casa pra você’, ‘eu vou lavar o banheiro pra você’, ‘precisa fazer janta, eu faço um macarrão pra você, você tá cansada, trabalhou o dia inteiro’.”
(E1MãeU1)

Ao citar que fica ansioso e reage de maneira ruim a essa ansiedade, U1 expressou a expectativa de ser tratado diferente, ou seja, requerendo demonstração de carinho de sua mãe, por atitudes de carícias. Entretanto, para sua mãe, demonstrar carinho e afeto estão relacionados aos cuidados prestados aos filhos, que envolvem afazeres domésticos, suprimindo as necessidades deles.

Ao compreender isso, MãeU1 se propôs a demonstrar seu afeto de outra forma, mas ainda reforça a relação de afeto com o condicionante de auxiliá-la nas tarefas diárias da casa.

“E você, U1? O que você sente quando a sua mãe altera a voz com você?”
(E2Pesquisadora1)

Eu me sinto meio ruim. (E2U1)

Ruim como? Sabe me descrever? (E2Pesquisadora1)

Eu fico ansioso. (E2U1)

E como você reage quando você fica ansioso? (E2Pesquisadora1)

Eu reajo muito ruim. (E2U1)

O que é esse reagir muito ruim pra você? O que você acha que poderia ser diferente?”
(E2Pesquisadora1)

Ser tratado mais diferente. (E2U1)

Mas diferente como? Tem que dar explicação, que jeito tem que tratar mais vocês?”
(E2MãeU1)

Tratar mais com carinho. (E2U1)

(Risadas de todos os presentes).

Ai, U1! o, eu já trato vocês (U1 e IrmãoU1) com tanto carinho, eu falo ‘U1, vai escovar, U1’, ‘A janta tá pronta, U1’, ‘U1, eu fiz suquinho, você quer?’. Eu já te demonstro carinho. Eu chego cansada de tarde, a casa tá suja, eu falo ‘U1, por que você não limpou a casa, U1?’. Eu altero com vocês (U1 e IrmãoU1)? Eu só altero a hora que eu já tô no topo. (Risadas) (E2MãeU1)

E o que que é pra você (U1) carinho? (E2Pesquisadora2)

Carinho? É acariciar a gente. (E2U1)

Ahhhhh... (E2MãeU1)

(Risadas de U1)

E pra você, MãeU1? Quando ele (U1) fala isso. (E2Pesquisadora1)

(Risos de MãeU1) Vou começar a acariciar ele (U1) então. Se é esse o problema, vou começar a dar um beijinho nele (U1), a acariciar o cabelo dele (U1), pra ver se ele (U1) lava louça (risos). Vou pôr em prática. (E2MãeU1)”

A literatura aponta que quando a disponibilidade emocional é limitada por fatores internos, como depressão, uso de substâncias, ou fatores externos como situações de estresse crônico, a expressão afetiva tende a se manifestar em formas tangíveis e funcionais (Minkin et al, 2024; Acoba et al., 2024). Por fim, as perguntas circulares possibilitaram que os membros entrevistados ouvissem um ao outro, refletissem sobre as colocações e, a partir disso, elaborassem novas estratégias de mudanças para a família.

Ressalta-se que as perguntas circulares possibilitaram a ampliação das reflexões no contexto familiar, ao favorecerem a escuta da perspectiva do outro e a construção de novos significados sobre as interações vivenciadas. A partir desse processo, observou-se proposta dos sujeitos para mudanças nos padrões de comportamento, na medida em que os participantes puderam reconhecer como suas ações impactam os demais membros da família. Esse achado corrobora a literatura de Wright e Leahey (Shajani; Snell, 2023), segundo a qual o uso de perguntas circulares facilita novas compreensões relacionais e pode promover transformações nos modos de interação e de enfrentamento dos problemas no contexto familiar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar os padrões interacionais e circulares de membros familiares que vivem o contexto de uso de SPA e outros transtornos mentais, por meio de entrevistas utilizando-se de conversas terapêuticas e perguntas circulares.

A família tem atualmente configuração monoparental (mãe solo) e os processos relacionais entre mãe e filhos adultos são permeados por conflitos, contexto de agressividade física, advindos de quadros de surtos psicóticos do filho mais velho, o qual coabita o domicílio, bem como dificuldades de comunicação efetiva. O ecomapa possibilitou identificar uma rede de apoio limitada, constituída pelo suporte do serviço do CAPS-AD, religiosidade (apego a Deus), apoio emocional do irmão da mãe e uma fraca relação com os outros filhos.

Para essas informações, utilizou-se de perguntas lineares, obtendo informações específicas para compreensão do contexto e da cronologia dos fatos. Além disso, a comunicação circular ampliou e favoreceu reflexões a partir da escuta de sentimentos, opiniões e ideias dos membros familiares, bem como para apreender as crenças e comportamentos.

As perguntas diádicas foram importantes ferramentas para a comunicação circular, envolvendo questões entre os entrevistados, bem como de pessoas importantes no contexto familiar que não estavam presentes no momento da entrevista.

Os Diagramas de Padrão Circular (DPC) elaborados entre subsistema mãe e filho-caso índice representam um padrão não adaptativo, com circularidade negativa, permeados por crenças restritivas, que geram estados emocionais de sofrimento psíquico e comportamentos disfuncionais.

Para a genitora, há crenças de que os filhos são desobedientes, não a escutam e nem a auxiliam nos afazeres domésticos e atividades de vida diária, sendo que o filho-caso índice não tem iniciativa e percepção em interferir e protegê-la durante as atitudes agressivas do outro filho. Tais fatos são identificados pela matriarca por comportamentos de avolição, lentificação do cognitivo do filho-caso índice e inércia para tomada de decisões. Diante disso, a matriarca responde com comportamentos de alteração da voz, gritando com os filhos.

A comorbidade psiquiátrica de ambos os filhos (esquizofrenia) e o consumo de substâncias psicoativas desencadearam prejuízos cognitivos, afetivos e comportamentais, os quais não são reconhecidos pela mãe como limitantes na atitude e comportamento de seus filhos para tomadas de decisão, principalmente o caso índice, apesar da orientação dos profissionais de saúde mental.

Os sentimentos da genitora envolveram sobrecarga, solidão, angústia, gerando comportamento de sofrimento, expresso pelo choro.

Em relação ao filho-caso índice, o afeto é explicitado por relatos tanto de preocupação diante do comportamento materno de alteração da voz e choro, bem como de medo quando há situações de violência do irmão para com a mãe, desencadeando comportamentos de quietude, inércia e tentativa de diálogo com a mãe.

Em relação às experiências do subsistema mãe-filho, as crenças se limitaram ao foco da doença, principalmente na compreensão de que o medicamento antipsicótico minimiza as crises psicóticas do outro filho, e portanto, a violência está relacionada às alucinações; o prejuízo no âmbito cognitivo e afetivo do filho-caso índice não está relacionado ao quadro da esquizofrenia e consumo de SPAs, e os filhos devem se responsabilizar pelas próprias escolhas.

A família vivencia imersão de sentimentos negativos, principalmente na perspectiva da mãe, que consistem em decepção pela falta de iniciativa e vontade dos filhos em auxiliá-la nos afazeres domésticos e atividades de vida diária, o que desencadeia sobrecarga física e emocional. Outro tema que surgiu está relacionado aos sentimentos de medo e preocupação diante dos quadros de agressividade do irmão, na perspectiva da mãe-filho (caso índice).

Os familiares vivenciam dificuldades na comunicação, mas que apesar disso, conseguem identificar algumas propostas de mudanças advindas das reflexões possibilitadas pelas perguntas circulares.

A utilização das conversas terapêuticas e de perguntas circulares díades e tríades neste estudo, permitiram apreender a circularidade no processo relacional entre o subsistema mãe-filho (caso índice), identificar e analisar tais padrões interacionais e os pensamentos, os afetos e comportamentos que os permeiam.

O uso dessas estratégias propiciou reflexões entre os membros familiares sobre pontos importantes do funcionamento familiar e de sua dinâmica, favorecendo mudanças e fortalecendo estratégias de enfrentamento.

Essa ferramenta é importante estratégia no cuidado às famílias que vivenciam o uso de SPA e outros transtornos mentais, uma vez que a identificação de padrões repetitivos pode embasar o planejamento terapêutico para o cuidado ao paciente e sua família. Além do cuidado direto à sintomatologia, os vínculos relacionais merecem atenção por serem fundamentais no processo do cuidar.

6.1 Limitações do estudo

As limitações do estudo se relacionaram à amostra de participantes, limitando-se a uma família, o que requereu metodologia de caso único. Tais dificuldades envolveram o próprio serviço no processo de recrutamento de famílias para participarem da pesquisa, considerando-se que, de acordo com o critério de inclusão requerido, nem todas as famílias conviviam com seu familiar adoecido e que aceitavam serem entrevistados conjuntamente (caso índice e familiar(es)), alegação de limitado atendimento de familiares no respectivo CAPS-AD e presença de evasão familiar.

Salienta-se ainda, que apesar da literatura apontar como um dos limites da implementação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar a presença de situações de violência familiar, o estudo possibilitou apreender dados relevantes para o avanço do conhecimento e requereu das pesquisadoras competência e habilidades durante o desenvolvimento da entrevista.

Outra limitação durante o desenvolvimento da pesquisa consistiu em limitações no repertório do participante (caso índice), considerando os danos cognitivos e afetivos causados pelo transtorno mental e consumo de SPAs, explicitados pela presença de mutismo e respostas concisas durante a entrevista. O limitado prazo de defesa da pesquisadora e a dificuldade de sincronismo de agendas com a família, impossibilitou mais encontros, que talvez pudessem apreender outras informações para subsidiar novos dados.

Apesar destas limitações, acredita-se que o estudo atingiu os objetivos propostos e buscou aprofundar no processo de análises, contribuindo com evidências que possam subsidiar enfermeiros(as) na realização de entrevistas na perspectiva sistêmica, utilizando-se do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

6.2 Contribuições para a área de saúde e prática de Enfermagem

De acordo com o referencial teórico, para que haja uma abordagem eficaz e efetiva na utilização das estratégias, o(a) enfermeiro(a) deve estar capacitado e preparado para o manejo da entrevista, uma vez que o processo é dinâmico e exige embasamento teórico e prático. Assim, requer deste profissional um olhar na perspectiva sistêmica, visão da família enquanto unidade de cuidado, apropriando-se deste constructo teórico para elaborar perguntas circulares assertivas e construir os Diagramas de Padrão Circular durante o atendimento e cuidado da família.

Desenvolver esta competência e habilidade em Enfermagem Familiar no contexto de saúde mental e, mais especificamente, no contexto de álcool e outras drogas, requer que haja um investimento na formação do profissional do enfermeiro, que não se limita ao contexto teórico, mas possibilitar campos de atuação simulada ou real.

Os resultados obtidos neste estudo podem subsidiar reflexões aos enfermeiros, usuários e familiares em relação ao cuidado e assistência à essa população específica, na perspectiva sistêmica, subsidiando e fortalecendo a prática de Enfermagem Familiar.

Acredita-se também que os resultados advindos desta pesquisa possam subsidiar o ensino e aprendizagem sobre o processo de intervenção familiar na formação profissional da(o) enfermeira(o), enquanto material educativo.

Por fim, sugere-se a realização de estudos futuros que abordem o uso de DPC, implementação de perguntas circulares no contexto da saúde mental e de uso de SPA.

7. REFERÊNCIAS

ACOBA, E. F.; et al. Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1330720/full>. Acesso em: 31 jan 2026.

ALFARO-DÍAZ, C. et al. Effectiveness of nursing interventions for patients with cancer and their family members: a systematic review. *J Family Nurs.* v. 28, n.2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10748407211068816>. Acesso em 20 jul 2024.

ALLAN, J et al. Study protocol for the family empowerment program: a randomized waitlist-controlled trial to evaluate the effectiveness of online Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) on the wellbeing of family members with a relative experiencing substance dependence and mental illness. *BMC Psychiatry.* v.24, n.1, 2024. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-05487-0>. Acesso em 22 mai 2024.

ALVES, C. O.; CARVALHO, A. S.A.V. Do cuidar ao cuidar-se: um relato de intervenção em terapia familiar sistêmica. *Nova perspect. sist., São Paulo*, v. 27, n. 62, p. 109-125, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412018000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 ago. 2024.

AMARAL, E. A. do, LOURENÇO, A. O tratamento da esquizofrenia na terapia cognitivo-comportamental. *Anais do 20º Encontro Científico Cultural Interinstitucional.* 2022.

AMARAL R. A.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A. G. Management of patients with substance use illnesses in psychiatric emergency department. *Braz J Psychiatry*, v. 32, suppl 2, p. 104-111, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>. Acesso em 05 mai 2026.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A reforma psiquiátrica brasileira e os desafios da atenção psicossocial no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2469–2478, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: https://www.dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf. Acesso em: 21 jan 2026.

ASH, T. et al. Family-based childhood obesity prevention interventions: A systematic review and quantitative content analysis. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* v. 14, n. 1, 2017. Disponível em: doi.org/10.1186/s12966-017-0571-2. Acesso em 22 mai 2023.

BELL, J. M. The central importance of therapeutic conversations in family nursing: Can talking be healing? [Editorial]. *J Fam Nurs* 22, 439- 449, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1074840716680837>. Acesso em 22 mai 2023.

BONFIM, T. de A. Processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem dos Sistemas Familiares: uma análise das vivências práticas. 2025. 166 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2025.

BONFIM, T. de A. et al. Assistência às famílias de crianças com Transtornos do Espectro Autista: percepções da equipe multiprofissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2023;31:e3781. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Q6SDP4CQrBqfHRLj4yQzQML/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 jun 2023.

BRASIL. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 31 jan 2026.

BRASIL. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf> Acesso em: 31 jan 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde. 2011. Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html. Acesso em 01 fev 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 22 out 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 12.342, de 30 de dezembro de 2024. Dispõe sobre o valor do salário mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2025. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12342.htm. Acesso em 30 jan 2026.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, v. 11, n. 4, 2019. 589-597. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>. Acesso em 18 jul 2024.

BROEKEMA, S. et al. Measuring change in nurses' perceptions about family nursing competency following a 6-day educational intervention. *J Fam Nurs*, v. 24, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1074840718812145>. Acesso em 27 jun 2023.

BROWN, N. et al. Family-focused interventions to reduce harm from smoking in primary school-aged children: A systematic review of evaluative studies. *Prev Med*, v. 101, 2017. Disponível em: doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.06.011. Acesso em 22 mai 2023.

CAMATTA, M.W. et al. Spirituality and religiosity expressed by relatives of drug users: contributions to health care. *Rev Bras Enferm.*, v. 75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X9kjpsSkvJKzkgJrYYpMdqC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 01 fev 2026.

CAMARGO, C.C.O. Características sociodemográficas e psicossociais de familiares de pacientes com transtorno por uso de substâncias: correlações com o funcionamento familiar e o efeito de uma intervenção breve. Tese de doutorado [Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo. Programa de psiquiatria]. São Paulo, 2024. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-25082025-100851/en.php>. Acesso em 31 jan 2026.

CASTRO, M.G. et al. A influência do comportamento transgeracional na saúde mental dos membros da família. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, v. 11, n. 6, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i6.19934>. Acesso em 07 mai 2026.

CHIEN, W. T.; BOWER, P. Family psychoeducation for people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, Londres, v. 23, e58, 2023.

DAS, J. K., et al. Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *J Adolesc Health*, v. 59, n. 4, 2016. Disponível em: doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021. Acesso em 22 mai 2023.

ESTEBAN, J et al. Effects of family therapy for substance abuse: a systematic review of recent research. *Fam Process*. v. 62, n.1, 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/famp.12841>. Acesso em 22 mai 2024.

ESTEVES DE VASCONCELLOS, M.J. O uso de perguntas como recurso para desencadear mudanças sistêmicas: articulando os múltiplos rótulos utilizados para diferentes formas de pergunta. Belo Horizonte: Texto originalmente preparado para o Workshop “Formas de perguntar”, 1998.

EVANS, N; WHITCOMBE, S. Using circular questions as a tool in qualitative research. *Nurse Res*, v. 23, n.3, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26793984/>. Acesso em 18 ago 2024.

FARIAS, F.M.S. et al. Psicoses Agudas: estabilização em emergências psiquiátricas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1334/1525>. Acesso em: 31 jan 2026.

FAZEL, S.; SEEWALD, K. Severe mental illness, substance use disorders, and violent crime: an updated systematic review and meta-regression analysis. *The Lancet Psychiatry*, Londres, v. 9, n. 9, p. 728–741, 2022.

FELISBERTO, K.K.; SORATTO, M.T. Sobrecarga da família do paciente em sofrimento mental. *Revista Inova Saúde*, v.15, n.1, 2025. Disponível em: <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3447/6606>. Acesso em 01 fev 2026.

FENDRICH, L. Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental. 2019. 87 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

FERREIRA, M. L. Cuidando de quem cuida: atenção às famílias de usuários de drogas em CAPS AD. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188982> Acesso em: 30 jan 2026.

FIGLIE, N.B. et al. Motivation to change drinking behavior: the differences between alcohol users from an outpatient gastroenterology clinic and a specialist alcohol treatment service. *Sao Paulo Med J.*, v. 123, n. 5, 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/j/spmj/a/6VV4j9bk3b3f9pws7LjDXTy/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 04 nov 2024.

FIGUEIREDO, A.M.S. et al. A resiliência de adolescentes com doença crônica: o papel do enfermeiro na sua promoção. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000200003 Acesso em 25 set 2022.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 jul 2024.

FREY, L.M.; HUNT, Q.A. Treatment for suicidal thoughts and behavior: A review of family-based interventions. *J Marital Fam Ther*, v. 44, n. 1, 2018. Disponível em: doi.org/10.1111/jmft.12234. Acesso em 22 mai 2023.

FRIEDMAN, M. *Family nursing: research, theory & practice*. Sed. New Jersey: Prentice Hall, 2003. p.3-33.

GAGIU, C. et al. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a systematic review of the impact of sociodemographic, clinical, and psychological factors. *Behavioral Sciences, Basel*, v. 15, n. 5, p. 684, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/bs15050684>. Acesso em 20 jan 2026.

GEORGE, S.; DINESH, A. J.; MELODY, M.A. Burden among Primary caregivers and its association with severity of Disability in patients with Schizophrenia: A Cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 14(3):p 908-914, March 2025. DOI: 10.4103/jfmmpc.jfmmpc_1439_24.

GIRÃO, A. A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Sciencia*, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.46691/es.vi.61>. Acesso em: 01 fev 2026.

GISLADOTTIR, M. et al. Effectiveness of therapeutic conversation intervention among caregivers of people with eating disorders: Quasi-experimental design. *J Clin Nurs*, v.26, n.5-6, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13412>. Acesso em 22 mai 2024.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Genograma e ecomapa ampliado como instrumentos de pesquisa e intervenção psicossocial. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2023. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/658/382> Acesso em: 30 jan 26.

HANSSON, K.M.et al. Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres - a nested qualitative study. *BMC Health Serv Res*, v. 22, n. 1, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36096844/>. Acesso em: 31 jan 2026.

HEALY, E.A.; KAISER, B.N.; PUFFER, E.S. Family-based youth mental health interventions delivered by nonspecialist providers in low-and middle-income countries: A systematic review. *Fam Syst Health*, v. 36, n. 2, 2018. Disponível em: doi.org/10.1037/fsh0000334. Acesso em 22 mai 2023.

HØYER, E. H. et al. Cognitive effects of first- and second-generation antipsychotics: a network meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2025.

HSIAO, C.Y. et al. Effectiveness of a brief family strengths-oriented therapeutic conversation intervention for patients with schizophrenia and their caregivers. *J. Nurs. Scholarsh.* V.54, n.2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12741>. Acesso em 05 ago 2024.

HULGAARD, D.; DEHLHOLM-LAMBERTSEN, G.; RASK, C.U. Family-based interventions for children and adolescents with functional somatic symptoms: A systematic review. *J Fam Ther*, v. 41, n. 1, 2019. Disponível em: [doi.org/ 10.1111/1467-6427.12199](https://doi.org/10.1111/1467-6427.12199). Acesso em 22 mai 2023.

HUNT, G. E. et al. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, Oxford*, v. 48, n. 3, p. 559–572, 2022.

JANSEN, J. E. et al. Family responses to psychosis-related aggression: qualitative insights into fear, coping and relational strain. *Journal of Family Psychology, Washington*, v. 37, n. 4, p. 512–524, 2023.

JARVIS, J.A. et al. Family structure and child behavior in the United Kingdom. *J Child Fam Stud*, v. 32, 2023. Disponível em: [doi: 10.1007/s10826-021-02159-z](https://doi.org/10.1007/s10826-021-02159-z). Acesso em 05 ago 2024.

JOHANNESSEN, A. et al. Family' members experiences of their older relative's alcohol and substance misuse. *Int J Qual Stud Health Well-being*, v. 17, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2094059>. Acesso em 19 jan 2023.

KIM, S. Y. et al. Comparative effects of antipsychotics on cognitive function in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2024.

KIM, S.; PARK, S. Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Ment. Health Nurs.*, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.13198>. Acesso em 31 jan 2026.

KISHIMOTO, T. et al. Non-adherence to antipsychotic medication and relapse in schizophrenia: a systematic review. *World Psychiatry*, Hoboken, v. 21, n. 1, p. 14–24, 2022.

LIMA, N.F. et al. esperança, espiritualidade e resiliência de familiares de usuários de substâncias psicoativas: estudo correlacional. *Rev Enferm Atenção Saúde*, v. 15, n. 1, 2025. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/8057>. Acesso em: 01 fev 2026.

LIU, T. et al. Parenting stress and dysfunctional family interactions in families affected by severe mental illness. *Infant Behavior and Development*, Amsterdam, v. 74, 101942, 2024.

LÓPEZ-CARMONA, J. M. et al. Expressed emotion, family burden and relapse in schizophrenia: a longitudinal study. *Psychiatry Research*, Amsterdam, v. 320, 115051, 2023.

LUTZ, B.; CAMICIA, M. Family systems nursing conversations (FSNCs) have the potential to improve family functioning and well-being. *Evid Based Nurs*, v. 26, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2022-103591>. Acesso em 05 ago 2024.

MARDANI, M. et al. Challenges in addiction-affected families: a systematic review of qualitative studies. *BMC Psychiatry*, v. 23, n. 1, 2023. Disponível em: doi: 10.1186/s12888-023-04927-1. Acesso em 05 ago 2024.

MCGOLDRICK, M. A união das famílias através do casamento: o novo casal. In B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), *A mudança do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2a ed.). Artmed. 2011.

MEIRELES, M.P.M. Dependência química: impactos e consequências psicológicas na família do dependente. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-245>. Acesso em 20 jan 2026.

MELLO, D. F. de et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Journal of Human Growth and Development*, 2024. Disponível em: https://revistas.usp.br/jhgd/pt_BR/article/view/19751/21816 Acesso em 30 jan 2026.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINUCHIN, P. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, v. 56, n. 2, p.289-302, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1129720>. Acesso em 22 mai 2023.

MINKIN, R. et al. Parents' relationship with their young adult children. Washington, Jan. 25 2024. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2024/01/25/parents-relationship-with-their-young-adult-children/> Acesso em: 31 jan 2026.

MIZIARA, D.F.J. et al. História de familiares sobre o cuidado da pessoa com dependência química. *Cogitare Enferm.*, v. 27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81050>. Acesso em: 01 fev 2026.

MOHR, K. et al. Inserção e cuidado à família no centro de atenção psicossocial. *Saúde coletiva*, v. 13, n. 85, 2023. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i85p12522-12535>. Acesso em 01 fev 2026.

MORAES, A.J.N. et al. Processo de enfermagem no contexto familiar de um adolescente com esquizofrenia a partir do Modelo Calgary. Rev. CPAQV, v. 16, n. 1, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1874/1450>. Acesso em 18 jul 2024.

MORATO, C.F.S. et al. Relação entre a dependência química de pais e o desenvolvimento de dependência química em seus filhos. Revista Contemporânea, v. 4, n. 5, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N5-200>. Acesso em 07 mai 2026.

MORSE, J.M. Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. Coimbra: Formasau; 2007.

MOUSTAFA, A.; HONORIO, K.S.; MARTINS, W. Esquizofrenia: papel da enfermagem e família no tratamento do paciente. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 7, n.14, 2024. Disponível em: <https://mail.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1403/1177>. Acesso em 20 jan 2026.

NAIR, P.C. et al. Trace Amine-Associated Receptor 1 (TAAR1): Molecular and Clinical Insights for the Treatment of Schizophrenia and Related Comorbidities. ACS Pharmacology & Translational Science, v. 5, n. 3, p. 183-188, 2022. Disponível em: <<https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acsptsci.2c00016>>. Acesso em: 31 jan 2026

NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M.; HAYES, V.E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto Contexto Enferm, v. 14, n. 2, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200017. Acesso em 12 ago 2024.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Redes de atenção psicossocial e cuidado em liberdade no Brasil: avanços e desafios recentes. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, e340108, 2024.

ONOFRE, A.D. et al. Desafios das famílias cuidadoras de pessoas com esquizofrenia. Open Science Research XI - ISBN 978-65-5360-350-9, V. 11, 2023. Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/230512973. Acesso em 30 jan 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças para Estatística de Mortalidade e Morbidade (CID-11), Guia de Referência. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt>. Acesso em 30 jan 2026.

ÖSTLUND, U.; PERSSON, C. Examining family responses to family systems nursing interventions: an integrative review. J. Fam. Nurs., v. 20, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/107484071454296>. Acesso em 05 ago 2024.

PAN, J. et al. Long-term cognitive impairment associated with substance use disorders: neurobiological and clinical perspectives. Frontiers in Psychiatry, 2024.

PAN, Y. et al. Caregiving experiences of family caregivers of patients with schizophrenia in a community: a qualitative study in Beijing. BMC Psychiatry, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11015265/> Acesso em 30/01/2026.

PATIAS, T.M.; VIEIRA, A.G.; SANTOS, A.M.P.V. Percepção de codependência e Estratégias de Enfrentamento de Familiares de Usuário de Drogas. Revista Psicologia e Saúde, v. 14, n. 3, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v14i4.2084>. Acesso em: 25 jan 2026.

PEREIRA, S. P. et al. Meanings of Hope constructed by users of mental health services during the COVID-19 pandemic. Rev Esc Enferm USP, v. 59, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0182en>. Acesso em 05 mai 2026.

PINHEIRO-CAROZZO, N.P. et al. Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. Pensando fam., v. 24, n. 1, 2020. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100015. Acesso em 22 mai 2023.

PINTO, L.R. Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2023. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/1fbc78fd-45ab-443b-9472-0643d5407f09>. Acesso em 01 fev 2026.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Toward a comprehensive mode of change. In: Miller WR, Heather N, editor. Treating addictive behaviors: process of change. New York: Plenum Press; 1986. p. 3-27.

PUSA, S.; ISAKSSON, U.; SUNDIN, K. Evaluation of the implementation process of a family systems nursing approach in home health care: a mixed-methods study. J Fam Nurs., v. 27, n. 3, 2021. Disponível em: doi: 10.1177/10748407211000050. Acesso em 05 ago 2024.

RAZMJOO, A.R. et al. Investigating the relationship between mental health literacy, care burden and emotional styles in family caregivers of people with mental disorders. BMC psychology, v. 13, n. 1, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03232-8>. Acesso em 20 jan 2026.

RIBEIRO, L.P.; SATTLER, M.K. Impactos da Dependência Química na Dinâmica Familiar: Contribuições a Partir de uma Perspectiva Sistêmica. Pensando Famílias, v. 26, n. 2, 2022. Disponível em: <https://pensandofamilias.domusterapia.com.br/index.php/files/article/view/48/26>. Acesso em 30 jan 2026.

RODRIGUES, H. M.; RODRIGUES, P. M. O papel da família no processo de reabilitação do dependente químico. Cuadernos De Educación Y Desarrollo - v. 17, n. 11, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv17n11-092> . Acesso em: 31 jan 2026.

RODRIGUES, F.; VIEGAS, L. Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, v. 5, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.197>. Acesso em: 31 jan 2026.

RODRIGUES, S. B. et al. Uso de substâncias psicoativas pelos pais e relações com os filhos: revisão integrativa da literatura. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, v. 18, n. 2, 2022. Disponível em: https://revistas.usp.br/smad/pt_BR/article/view/180019/184482 Acesso em: 31 jan 2026.

ROLLAND, J. S. *Helping couples and families navigate illness and disability: An integrated approach*. New York, NY: Guilford Press. 2018.

ROLLAND, J.S.; WALSH, F.W. Systemic training for healthcare professionals: The Chicago Center for Family Health approach. *Family Process*, 44, 283-301, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00060>. Acesso em 05 ago 2024.

RUIZ, B.O. et al. Family resilience: perception of family members of psychoactive substance dependents. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2021 Jun 28;29:e3449. Disponível em: doi: 10.1590/1518-8345.3816.3449. Acesso em 05 ago 2024.

SÁ, J. de S. et al. Uso do genograma e do ecomapa na avaliação das relações familiares de crianças em situação de vulnerabilidade e violência. *Saúde em Debate*, 2022. <https://www.redalyc.org/journal/4063/406374578008/html/> Acesso em: 30 jan 2026.

SAMPOGNA, G. et al. Psychosocial interventions for carers of people with severe mental and substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*, v. 66, n. 1, 2023. Disponível em: doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2472. Acesso em 05 ago 2024.

SANTOS, A.M. Famílias com membro dependente a cargo: avaliação e intervenção familiar. Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2023.

Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/4222924d-9e6d-4902-ae7a-786b80e5d0db>. Acesso em: 01 fev 2026.

SANTOS, S.V. Impacto da esquizofrenia nas relações familiares: desafios, estratégias de enfrentamento e apoio psicológico. *Rev. Bras. Ter. Fam.*, v. 13, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.60114/rbtf.v13i1.148>. Acesso em 20 jan 2026.

SARI, A.; DUMAN, Z.C. Effects of the family support and psychoeducation program based on the Calgary Family Intervention Model on the coping, psychological distress and psychological resilience levels of the family caregivers of chronic psychiatric patients. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, v. 41, 2022. P.1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.014>. Acesso em 05 ago 2024.

SARNO, M. D. et al. Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 219, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108439>. Acesso em 30 jan 2026.

SCHÜTZ, A. Sobre fenomenologia e relações sociais/ Alfred Schütz. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

SELOTOLE, S. et al. Family members' experiences of caring for a relative with substance-induced psychosis disorder. *Curationis*, v. 45, n. 1, 2022. Disponível em: doi: 10.4102/curationis.v45i1.2348. Acesso em 05 ago 2024.

SHAJANI, Z.; SNELL, D. Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. 8th Edition, F.A. Davis, Philadelphia, 2023.

SHALAHUDDIN, M. et al. Factors related to the caregiver burden on families caring for clients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40900740/> Acesso em 30 jan 2026.

SHOCKLEY, K.; PRICE, J.; DELLOR, E. Promoting permanency in families with parental substance misuse: lessons from a process evaluation of a multi-system program. *BMC Public Health*, 22, 2261, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022-14528-4> Acesso em: 31 jan 2026.

SILVA, E.E.O.; SOUSA, Q.C.D. A influência do ambiente familiar disfuncional na saúde mental de crianças: uma perspectiva da terapia cognitivo-comportamental (TCC). *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 11, n. 10, p. 4527–4539, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i10.21698. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/21698>. Acesso em: 31 jan. 2026.

SILVA, F.M. et al. Motivações e expectativas de familiares no cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 44, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220141.pt>. Acesso em: 31 jan 2026.

SILVA, J.D.A.; COMIN, F.S. Transmissão transgeracional de padrões conjugais e familiares: implicações para o cuidado em saúde. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 30, n. 70, 2021. Disponível em: <https://www.doi.org/10.38034/nps.v30i70.570>. Acesso em 07 mai 2026.

SILVA, P.O.F. Dimensões subjetivas da experiência do abuso de substâncias psicoativas por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de São Carlos. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/server/api/core/bitstreams/df5290e6-cc3e-4f58-8cf2-0409ee94971b/content>. Acesso em 07 mai 2026.

SIQUEIRA, D.F. de et al. Care actions for the relatives of users of psychoactive substances: the perspectives of professionals and families. *Texto Contexto Enferm.*, v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZBHwMksqQCPP3rQRxqfSw9g/?lang=pt>. Acesso em 30 out 2022.

SOUZA, L.S.; SANTOS, A.S; SOUZA, J.C.P. O papel dos membros da família na reabilitação de dependentes químicos. *Contemporary Journal*, V. 3, N. 10, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/1877/1304>. Acesso em: 31 jan 2026.

SOUZA, B.K.S.; SILVA, T.S.B.; FILIPAKIS, C.D. Terapia sistêmica utilizando perguntas circulares. CAOS - Congresso Acadêmico de Saberes em Psicologia, v. 6, 2021.

SVAVARSDOTTIR, E.K. et al. The impact of family strengths oriented therapeutic conversations on parents of children with a new chronic illness diagnosis. J. Fam. Nurs., v. 26, n. 3, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32723122/>. Acesso em 01 out 2020.

SVAVARSDOTTIR, E.K. et al. The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. J. Nurs. Scholarsh., v. 47, n. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12108>. Acesso em 01 out 2022.

SVAVARSDOTTIR, E.K.; GISLADOTTIR, M. How do Family Strengths-Oriented Therapeutic Conversations (FAM-SOTC) Advance Psychiatric Nursing Practice? J. Nurs. Scholarsh., v. 51, n. 2, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30552746/>. Acesso em 01 out 2022.

SVEINBJARNARDOTTIR, E.K.; SVAVARSDOTTIR, E.K. Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. Perspect Psychiatr Care, v. 55, n. 1, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30478926/>. Acesso em 01 out 2020.

SVEINBJARNARDOTTIR, E.K.; SVAVARSDOTTIR, E.K.; WRIGHT, L.M. What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. Int J Nurs Stud., v. 50, n. 5, 2013. P.593-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009>. Acesso em 05 ago 2024.

TABASSUM, T.T. et al. Caregiving burden and associated factors among family caregivers of individuals with schizophrenia in Bangladesh: A cross-sectional study. Journal of Family Medicine and Primary Care, v. 13, n.1, 2024. Disponível em: DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_616_23. Acesso em 20 jan 2026.

THIRUNAVUKKARASU, M.; ZAWAWI, J. A. A cross-sectional evaluation of caregiver burden in schizophrenia care. *Healthcare*, v. 14, n. 1, 2025. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/14/1/55> Acesso em: 30 jan 2026.

THOMAS, R.E.; BAKER, P.R.; THOMAS, B.C. Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: A systematic review and meta analysis. *Academic Pediatrics*, v. 16, n. 5, 2016. Disponível em: doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.006. Acesso em 22 mai 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Terceiro Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD III): Caderno Temático – Resultados Consumo de Cannabis e outras Substâncias Psicoativas na População Brasileira. São Paulo: UNIFESP, 2025. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/9155aacf-599f-4352-a30f-60ec1e3a8918/content>. Acesso em 20 jan 2026.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Online World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends. Drug demand and health consequences. Drug-related mortality. 2024 b. Disponível em <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html>. Acesso em 22 out 2024.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. Puntos de interés especiales del informe mundial sobre las drogas correspondiente a 2024. 2024 a. Disponível em https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/2411140S.pdf. Acesso em 22 out 2024.

VOLKOW, N. D. et al. Persistent cognitive deficits after substance use disorders: mechanisms and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 2023.

VOLTELEN, B. et al. Family Nursing Therapeutic Conversations: Family Reorganization Processes After Diagnosis. *Fam Relat*, v. 67, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/fare.1232>. Acesso em 05 ago 2024.

VILASBOAS, L.C. O novo conceito de família e sua desbiologização no direito brasileiro. *Revista Artigos.Com*, v. 13, 2020. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/2864/1189>. Acesso em 22 mai 2023.

WALSH, F. Applying a family resilience framework in training, practice and research: mastering the art of the possible. *Fam. Process*, v. 55, n. 4, 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/famp.12260>. Acesso em 15 set 2022.

WALSH, F. Family resilience: a developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol*, v. 13, n. 3, 2016b. 313–324. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>. Acesso em 16 jul 2024.

WALSH, F. Family resilience: a dynamic systemic framework. In: UNGAR, M. *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change*. New York: Oxford University Press, 2021. p. 255-270.

WALSH, F. Family resilience: strengths forged through adversity. In: WALSH, F. *Normal family processes*. London: The Guilford Press, 2012. p.399-423.

WESTWATER, J. J. et al. A nationwide survey of individual family member experiences of youth gender dysphoria and diversity in Australia. *Int J Transgend*, v. 24, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2104417>. Acesso em 05 ago 2024.

WESTWATER, J.J.; RILEY, E.; PETERSON, G.M. Using circular questions to explore individual family member experiences of youth gender dysphoria in Australia. *Int J Transgend*, v. 21, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1777616>. Acesso em 03 jan 2026.

WILKE, M.E.V.M.; LOBO, B.O.M.; NEUFELD, C.B. *Terapia Familiar Sistêmica (TFS): abordagens e práticas clínicas*. [E-book]. Artmed, 2024.

WRIGHT, L.M.; BELL, J.M. *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, Alberta, Canada: 4th Floor Press. 2009.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Maximizing time, minimizing suffering: The 15-minute (or less) family interview. *J. Fam. Nurs.*, v. 5, n. 3, p. 259-274, 1999. Disponível em: [doi:10.1177/107484079900500302](https://doi.org/10.1177/107484079900500302). Acesso em 10 jul 2024.

WRIGHT, L.M. Older Adults and their families: An interactional intervention that brings forth love and softens suffering. *J Fam Nurs*, v. 25, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/107484071986409>. Acesso em 10 jul 2024.

YASUMA, N. et al. Effects of brief family psychoeducation on caregiver burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, Londres, v. 24, e112, 2024.

YIN, R.K. Case study research: design and methods. 5. ed. Los Angeles: Sage, 2014.

ZARAGOZA, S. et al. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, v. 10, n. 12, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/12/2423> Acesso em 30 jan 2026.

ZHANG, Y. et al. Medication adherence and relapse risk in schizophrenia: a longitudinal cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, Lausanne, v. 15, 1370566, 2024.

ZHOU, Y. et al. Factors contributing to family resilience in the context of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-025-07285-2>. Acesso em 30 jan 2026.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

FAMÍLIA: _____

NÚMERO DO PARTICIPANTE: _____

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: _____

SUJEITO	IDENTIFICAÇÃO	IDADE	ESTADO CIVIL	SEXO	RELIGIÃO	PROFISSÃO ATUAL	SITUAÇÃO DE TRABALHO
Usuário							
Familiar							

8.2 APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS E BIOLÓGICAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS n. 510/2016)

ANÁLISE DO PADRÃO INTERACIONAL E CIRCULAR ENTRE OS MEMBROS FAMILIARES NO CONTEXTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Análise do padrão interacional e circular entre os membros familiares no contexto de álcool e outras drogas”.

O objetivo deste estudo é analisar os padrões interacionais entre os membros familiares no contexto de álcool e outras drogas, por intermédio de conversas terapêuticas e uso de perguntas circulares. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser usuário de substâncias psicoativas e frequenta o CAPS-AD, ou por pertencer a uma família com um membro adulto usuário de SPAs, que frequenta e faz acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial –Álcool e Drogas (CAPS-AD), por ser membro de família de origem, ou de relacionamentos afetivos do tipo relacionamento íntimo estável ou casamento (parceiros), bem como de parentalidade (filhos/as, tios/as, primos/as, avós), maior de 18 anos.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com as pesquisadoras, com a instituição do CAPS-AD e Universidade Federal de São Carlos.

A coleta de dados será composta por um ou dois encontros no CAPS-AD, em que haverá entrevista conjunta com você e seus familiares, para responderem sobre informações de caracterização sociodemográfica, como vocês se relacionam entre si, quais são as suas redes de apoio, quais sentimentos, pensamentos e comportamentos permeiam as relações de sua família. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente uma hora para cada encontro.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa contatando a pesquisadora principal e/ou acessar a pesquisa no link do Repositório Institucional da Universidade Federal de São Carlos <https://repositorio.ufscar.br/> - digitando o título do projeto ou o nome da pesquisadora principal (Bianca Oliveira Ruiz). Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, , há possibilidade de riscos, tais como: algumas perguntas remeterem a algum desconforto, gerarem ansiedade e constrangimento, evocarem sentimentos ou lembranças desagradáveis ou desencadearem a cansaço após responder as perguntas; gerarem conflitos entre você e seus familiares.. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o(a) senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Quanto à ansiedade e constrangimento, as entrevistas serão realizadas em local privativo na unidade de saúde, de maneira empática e respeitosa. Quanto à sensibilização emocional, as pesquisadoras poderão proporcionar a você e seus membros um espaço de escuta terapêutica e/ou sugerir encaminhamento para acompanhamento psicológico ou outro tipo de atendimento em serviço de saúde. Quanto à possível emergência de conflitos, haverá um esforço das pesquisadoras em realizar escuta terapêutica e gerenciar tais momentos, com abordagens não confrontativas, respeitando e atentando-se às suas necessidades e falas, bem como de seus familiares, sem tomar partido ou criar alianças individuais, antes, durante e após as entrevistas; dar espaço e tempo a todos vocês de modo igualitário para que possam expressar suas opiniões. Será acordado antecipadamente que você e seus familiares só revelem coisas que possam ser ouvidas por todos os membros da família. Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento estaremos disponíveis para esclarecimentos com relação à pesquisa.

O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Como benefício, sua participação contribuirá com evidências vinculadas à vivência e processos relacionais destes familiares diante da problemática de álcool e outras drogas. Desta forma estará contribuindo na produção de conhecimento desta temática. O(a) senhor (a) terá como benefício direto a possibilidade de compreender, refletir, fortalecer ou mudar o modo de interagir entre você e seus familiares.

O (a) senhor (a) receberá uma via assinada deste termo, e rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora principal, onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Telefone (16) 3351-9685. Horário de atendimento: de segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 12h (remotamente) e das 13h às 17h, (presencialmente).

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisadora Principal: Bianca Oliveira Ruiz

Endereço: Rua Karl Hermann Tatsch, 190 – Jardim Munique. São Carlos/SP

Contato telefônico: (16) 99794-3420

E-mail: biancaruiz.enf@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Pesquisadora: Bianca Oliveira Ruiz

Nome do(a) Participante

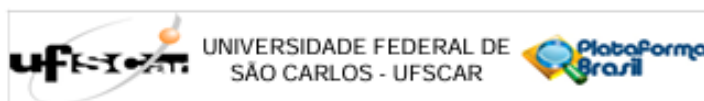
Assinatura da pesquisadora

Assinatura do(a) participante

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR			
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP				
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA				
Título da Pesquisa: Análise do padrão interacional e circular entre os membros familiares no contexto de álcool e outras drogas				
Pesquisador: Bianca Oliveira Ruiz				
Área Temática:				
Versão: 2				
CAAE: 87488825.0.0000.5504				
Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde				
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio				
DADOS DO PARECER				
Número do Parecer: 7.754.349				
Apresentação do Projeto:				
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2523269, de 07/08/2025) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto_versao2, de 07/08/2025): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.				
RESUMO				
Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, estudo de caso único. O consumo de substâncias psicoativas (SPA) é considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido aos números alarmantes e suas repercussões. O consumo de substâncias psicoativas (SPA) gera impactos negativos, não somente na vida do indivíduo, mas também nas famílias e na comunidade. Sabe-se que a inclusão da família na assistência à pessoa com algum transtorno mental é capaz de reduzir os fatores estressantes, promover melhora do quadro clínico do indivíduo, reduzir os episódios de recaídas e internações, bem como aumentar a adesão ao tratamento. Apesar de não fazer parte das rotinas dos serviços de saúde, a intervenção familiar se faz necessária e apresenta benefícios a todos os envolvidos, sendo de extrema importância que os profissionais estejam habilitados para o atendimento às famílias de forma qualificada, incluindo essa unidade no cuidado. Estudos sobre intervenções				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235 Bairro: JARDIM GUANABARA UF: SP Município: SÃO CARLOS Telefone: (16)3351-9685 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> CEP: 13.568-905 E-mail: cep@unimes.ufscar.br </td> </tr> </table>			Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235 Bairro: JARDIM GUANABARA UF: SP Município: SÃO CARLOS Telefone: (16)3351-9685	CEP: 13.568-905 E-mail: cep@unimes.ufscar.br
Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235 Bairro: JARDIM GUANABARA UF: SP Município: SÃO CARLOS Telefone: (16)3351-9685	CEP: 13.568-905 E-mail: cep@unimes.ufscar.br			



Continuação do Parecer: T.156.349

de enfermagem familiar têm demonstrado resultados positivos no tocante à saúde dos indivíduos e famílias, olhando a família a partir da perspectiva sistêmica e embasando-se no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF). O foco nos relacionamentos com seus padrões repetitivos de interação emerge de uma perspectiva sistêmica sobre o funcionamento da família para profissionais de saúde. Para concretizar e simplificar os comportamentos repetitivos observados nos comportamentos da família são utilizados os diagramas de padrão circular (DPC), abordando comportamentos, inferências e presunções de significados. Diante disso, este estudo tem o objetivo de analisar os padrões interacionais entre os membros familiares no contexto de álcool e outras drogas, por intermédio de conversas terapêuticas e uso de perguntas circulares.

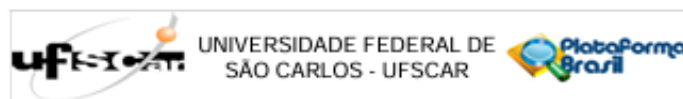
HIPÓTESE

As intervenções familiares fundamentadas na perspectiva sistêmica e propostas às famílias pelos enfermeiros também podem ser benéficas no cuidado às famílias no contexto de álcool e outras drogas. Outro pressuposto deste estudo é que as conversas terapêuticas, perguntas circulares e a construção do diagrama de padrão circular auxiliam os enfermeiros na avaliação do padrão de interação em famílias no contexto de álcool e outras drogas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois permite a apreensão do universo de significados, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar dos entrevistados, ou seja, preocupando-se principalmente em compreender a compreensão dos entrevistados sobre a dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2010). O tipo de estudo escolhido para esta pesquisa consistiu no Estudo de Caso Único, considerado por Yin (2014) como uma pesquisa empírica, que pesquisa, com profundidade e em seu contexto de vida real, um fenômeno. Esta pesquisa será realizada nas dependências de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras drogas (CAPS-AD), de uma cidade do interior paulista. Consistir-se-ão de usuários adultos de substâncias psicoativas que frequentam e são cadastrados no CAPS-AD, juntamente com, no mínimo, um familiar. O usuário deve possuir diagnóstico médico de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A amostragem se dará por exaustão, ou seja, serão elencadas e convidadas todas as famílias disponíveis para participação na pesquisa e que façam parte do universo definido pela pesquisadora.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9695 E-mail: caphumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 1.154.349

(FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), durante um período de proposto da pesquisa para a coleta de dados. Será solicitado ao gestor e equipe de saúde do CAPS-AD a identificação de famílias que fazem acompanhamento no serviço, bem como REALIZAREM O contato PRÉVIO com a família e a indicação das famílias que aceitarão participar da pesquisa E AUTORIZAREM DISPONIBILIZAR SEU CONTATO ÀS PESQUISADORAS. OS DADOS DE CONTATO DOS PARTICIPANTES SÓ SERÃO FORNECIDOS ÀS PESQUISADORAS APÓS A FAMÍLIA ACEITAR E AUTORIZAR. As intervenções serão realizadas nas dependências do CAPS-AD. Destaca-se que se optou por uma amostra que já faça acompanhamento no CAPS-AD devido à motivação para mudança, de acordo com a justificativa sobre os comportamentos e motivações para mudança de Prochaska e DiClemente (1986). A entrevista será realizada em um ou dois encontros (PREVISÃO DE 1 HORA PARA CADA ENCONTRO). Para a coleta de dados qualitativos, será realizado inicialmente um encontro com cada família participante para caracterização sociodemográfica dos sujeitos, abordando alguns dados como idade, estado civil, sexo, religião, profissão atual, situação de trabalho, tempo de acompanhamento do familiar em tratamento no CAPS-AD. Será utilizado o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), com o intuito de reconhecer e avaliar as famílias no âmbito estrutural, funcional e de desenvolvimento. Para isso, realizar-se-á a construção do genograma e do ecomapa (LIBBON; TRIANA; HERU, 2019), em conjunto com os familiares, para facilitar a interação e compreensão do contexto em que essa família vive. Haverá gravação por áudio. No decorrer da entrevista, serão elaborados os diagramas de padrão circular (DPC), a fim de compreender os comportamentos repetitivos observados no relacionamento familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2013), e a partir deles, analisar as perguntas circulares.

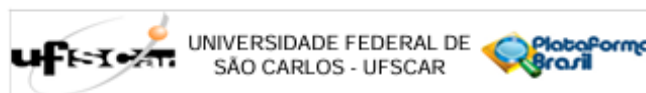
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão, as famílias participantes deverão ter usuários de SPAs e membros que sejam de família de origem, ou de relacionamentos afetivos do tipo relacionamento íntimo estável ou casamento (parceiros), bem como de parentalidade (filhos/as, tios/as, primos/as, avós), maiores de 18 anos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critério de exclusão, ESTAREM intoxicados nos dias da coleta de dados, em processos familiares interrompidos e faltarem em pelo menos uma das etapas do processo de pesquisa.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SÃO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9666 E-mail: capharmon@ufscar.br



Continuação do Rororor: 1.154.349

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo principal: analisar os padrões interacionais entre os membros familiares no contexto de álcool e outras drogas, por intermédio de conversas terapêuticas e uso de perguntas circulares. E também objetivos secundários: identificar os padrões de comunicação circular entre membros da família; sintetizar os principais padrões interacionais a partir do diagrama de padrão circular das famílias que vivenciam o consumo de substâncias psicoativas; apreender no processo de comunicação circular pensamentos (cognitivo) sentimentos/afetos e comportamentos na perspectiva dos familiares; apreender as experiências dos familiares no contexto de álcool e outras drogas incorporando perguntas circulares e analisar o uso de perguntas circulares como ferramenta para a compreensão dos padrões interacionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, as pesquisadoras apontam: "algumas perguntas remeterem a algum desconforto emocional, gerarem ansiedade e constrangimento, evocarem sentimentos ou lembranças desagradáveis ou desencadearem o cansaço após responder as perguntas; gerarem conflitos entre o participante e seus familiares.

Quanto aos benefícios, informam os seguintes: "a participação contribuirá com evidências vinculadas à vivência e processos relacionais destes familiares diante da problemática de álcool e outras drogas e, desta forma, estará contribuindo na produção de conhecimento desta temática; além disso, o participante terá como benefício direto a possibilidade de compreender, refletir, fortalecer ou mudar o modo de interagir entre ele e seus familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto apresentada ok. Termo de ciência / consentimento por parte do responsável pelo local da pesquisa foi apresentado. O TCLE foi reapresentado, estando de acordo ao preconizado pela Resolução CNS 510/2016.

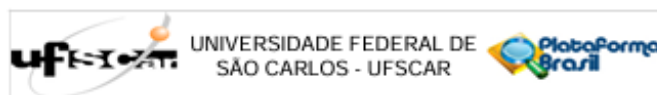
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cep@ufscar.br



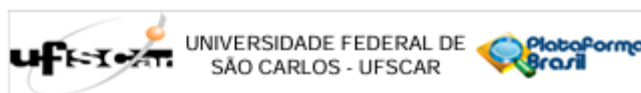
Continuação do Parecer: 1.154.349

definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_2523269.pdf	07/08/2025 07:01:45		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	07/08/2025 07:01:20	Sônia Regina Zerbeto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao2.pdf	07/08/2025 07:00:11	Sônia Regina Zerbeto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao2.pdf	07/08/2025 06:59:04	Sônia Regina Zerbeto	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_Bianca_CCB5. pdf	31/03/2025 17:50:05	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito
Outros	SMS.pdf	26/03/2025 07:54:06	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	24/03/2025 22:51:37	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/03/2025 22:51:24	Bianca Oliveira Ruiz	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9605 E-mail: cep@unesc.br



Continuação do Parecer: T.154.349

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SÃO CARLOS, 08 de Agosto de 2025

Assinado por:
RODRIGO ALVES FERREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235 CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cep@ufscar.br

Página 05 de 05