

**CRISTIANA ORNELLAS RENNER**

ORIENTAÇÃO PARA PAIS DE JOVENS  
COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL  
E OUTRAS DROGAS: ESTUDO SOBRE O IMPACTO DE UMA  
INTERVENÇÃO NO FUNCIONAMENTO FAMILIAR.

*Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo para obtenção  
do título de Doutor em Ciências*

São Paulo

2012

**CRISTIANA ORNELLAS RENNER**

ORIENTAÇÃO PARA PAIS DE JOVENS  
COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL  
E OUTRAS DROGAS: ESTUDO SOBRE O IMPACTO DE UMA  
INTERVENÇÃO NO FUNCIONAMENTO FAMILIAR.

*Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências*

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia O. Souza Formigoni

**Co-Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Denise De Micheli

São Paulo

2012

Renner, Cristiana Ornellas

**Orientação para pais de jovens com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas: estudo sobre o impacto de uma intervenção no funcionamento familiar** - Cristiana Ornellas  
Renner, São Paulo, 2012.  
xxi, 106 p

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia.

Título em inglês: Advice for parents of youths with alcohol and other drugs associated problems: study on the impact of an intervention on the family functioning.

1. Relações familiares. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 3. Adolescente. 4. Aconselhamento Diretivo.

**CRISTIANA ORNELLAS RENNER**

ORIENTAÇÃO PARA PAIS DE JOVENS  
COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL  
E OUTRAS DROGAS: ESTUDO SOBRE O IMPACTO DE UMA  
INTERVENÇÃO NO FUNCIONAMENTO FAMILIAR.

***BANCA EXAMINADORA***

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni (orientadora)

Prof. Dr. André Malbergier

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fatima Buchele

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Sylvia de Souza Vitale

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Brasiliano

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. (suplente) Ana Regina Noto Faria

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. (suplente) Hilda Regina Ferreira Dalla Déa

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA**

**Chefe do Departamento de Psicobiologia:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

**Chefe da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Regina Noto

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia D'Almeida

*Esta tese foi realizada no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, com o apoio financeiro da Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP) e bolsas da CAPES (de abril/2008 a nov/2009) e CNPq (de dez/2009 a mar/2012).*

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,*

***Cecília e Jorge***

*e*

*Aos meus filhos,*

***Fernanda e João***

***Vocês me ensinam,***

***a cada dia,***

***o que é a alegria de viver em família.***

## **AGRADECIMENTOS**

Malu, pelo exemplo, inesquecível, de que a busca pelo conhecimento é infinita e extremamente gratificante! obrigada pelas longas tardes de reflexões sobre o tema, obrigada por sua dedicação nesta pesquisa e, obrigada por me conduzir em um dos trabalhos mais importantes de minha vida!

Denise, por me acolher em momentos tão importantes deste trabalho e por me receber tão atentamente logo que cheguei à Psicobio. Desde o início desta pesquisa, eu tive seu exemplo de excelência em psicologia e pesquisa, que sempre me inspirou para a realização deste trabalho!

Cecília e Jorge, meus pais, pelo seu exemplo de vida, de valores humanos e, neste caso, pelo exemplo incansável de busca pelo conhecimento e sabedoria nas mais diversas áreas de estudo, sempre!

Fernanda e João, meus filhos, por cada pequeno momento que vivo ao lado de vocês, que ilumina o meu dia e meu coração... por me ensinarem, com maestria, a viver a alegria de cada dia!

Mauritz, pela vivacidade ao compartilhar comigo tantas histórias e conhecimentos. Por sua paciência absoluta, sabendo que eu vivia um momento tão atípico de minha vida. Pela generosidade de seu coração, ensinando-me, também, a viver a alegria de cada dia...

Carlos Barcelos, pelo exemplo de profissionalismo, sabedoria e valores humanos que me transformaram e foram de fundamental importância para a conclusão desta etapa de minha vida.



Max Siqueira, pelo incentivo e apoio para montarmos este Programa de Orientação, pela colaboração na Coordenação da equipe deste Programa, pela parceria profissional e amizade, há tantos anos.

À equipe do Programa de Orientação:

Cássia Aparecida Franco  
Denise Aparecida Xavier Gouvea  
Fernanda Barbancho Ferraz  
Fernando Baptista de Souza  
Lourdes Aparecida Vigatto Rocha  
Maria Cecília Col Del Nero  
Mirna Delposo Lozano  
Mônica Maino  
Regina Esther de Araújo Celeguim Tuon,

agradeço pelo profissionalismo e dedicação em momentos preciosos para o desenvolvimento deste Programa de Orientação. A vivência das reuniões de supervisão, acompanhadas de nossos deliciosos lanchinhos e histórias compartilhadas, enriqueceu o nosso trabalho, tornando-o extremamente prazeroso!

Arthur Guerra e Camila Magalhães, por acreditarem em meu trabalho e possibilitarem meu crescimento através de nosso convívio profissional nestes últimos anos.

Eroy, por todo o aprendizado e pelo seu incentivo para a formação da equipe desta pesquisa.

Iracema, pelo acompanhamento e apoio neste meu processo de aprendizagem.

Bia Camargo, pelas ricas discussões de casos clínicos das supervisões dos atendimentos, no início deste Programa de Orientação.

Alicie, Ítali, Andreza e todos os funcionários da UDED que foram colaboradores na parte administrativa desta pesquisa.

Cris, nossa querida bibliotecária, que esteve sempre disponível para nos ajudar, com muito carinho e atenção!

Aos funcionários da Psicobio, que nos acolheram, orientando-nos durante todos estes anos de estudo e pesquisa.

E, finalmente, aos nosso pacientes, que acreditaram em nosso trabalho, expondo seus sofrimentos em busca de serenidade, e enchendo-nos de alegrias a cada conquista alcançada em suas vidas durante estas 8 semanas... tudo isto permitiu que sentássemos próximos à janela do mundo, adquirindo maior conhecimento em um trabalho que toca também o fundo de nossas almas...

*“A vida é o viver de cada dia...”*

**José Carlos de Macedo, 1985**

*“A dependência química desafia toda a lógica e questiona os nossos mais caros conceitos sobre a criação de filhos e direção da família.”*

**Carlos Barcelos**

no livro **Quero Meu Filho de Volta**, 2006

# SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	7
AGRADECIMENTOS.....	8
SUMÁRIO.....	12
LISTA DE QUADROS.....	13
LISTA DE FIGURAS.....	15
LISTA DE TABELAS.....	16
LISTA DE ANEXOS.....	19
LISTA DE ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES.....	20
RESUMO.....	21
1 .INTRODUÇÃO.....	23
2 .OBJETIVOS .....	30
2.1. Geral.....	30
2.2. Específicos.....	30
3 .MATERIAL E MÉTODOS.....	31
3.1. Divulgação.....	31
3.2. Local.....	31
3.3. Participantes.....	31
3.4. Equipe terapêutica.....	31
3.5. Instrumentos .....	32
3.5.1 Questionário de Pré-Seleção – QPS (Anexo I).....	32
3.5.2 Escala do Ambiente Familiar (FES – Family Environment Scale, Moos, 1984; Vianna 2004). (Anexo II).....	32
3.5.3 Intervenção de acolhimento aos pais/responsáveis.....	32
3.5.4 Contrato de Orientação aos Pais ou Responsáveis (intervenção individual ou em grupo). (Anexo IV).....	33
3.5.5 Registro de Sessão Individual ou em Grupo. (Anexo V).....	33
3.5.6 Questionário de Satisfação do Cliente-7 (QSC-7) (Anexo VI).....	33
3.6. Procedimentos.....	34
3.6.1 Alocação dos participantes aos grupos .....	35
3.6.2 Estrutura das oito sessões de intervenção.....	36
3.6.3 Contrato terapêutico.....	41
3.6.4 Seguimento de avaliação após dois meses.....	41

3.6.5 Atendimento em Grupo aos Jovens.....	42
3.6.6 Análises estatísticas.....	42
3.7 Ética.....	43
4 .RESULTADOS.....	44
4.1. Análise das características dos grupos .....	44
4.2 Análise da adesão ao programa .....	50
4.3 Análise do funcionamento familiar utilizando a Escala do Ambiente Familiar (FES).....	54
4.3.1 Coesão.....	62
4.3.2 Expressividade.....	63
4.3.3 Conflito.....	64
4.3.4 Independência.....	65
4.3.5 Realização.....	65
4.3.6 Interesses Intelectuais.....	66
4.3.7 Lazer.....	66
4.3.8 Religião.....	66
4.3.9 Organização.....	67
4.3.10 Controle.....	68
4.4 Análise dos relatos das sessões.....	70
4.5 Análise da Satisfação dos Pais.....	75
5 .DISCUSSÃO .....	80
6 .CONCLUSÕES.....	90
7 .REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ABSTRACT.....	109
8 .ANEXOS.....	111

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO 1** - Principais temas abordados na intervenção da qual participaram os integrantes dos grupos de atendimento individual, em grupo e controle e que foram posteriormente abordados durante as intervenções. Os símbolos (X, XX, XXX) correspondem ao nível de profundidade na abordagem dos temas nos diferentes tipos de intervenção (Individual, Em grupo ou Controle).....39

**QUADRO 2** - Testes estatísticos aplicados neste estudo.....42

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.</b> Fluxograma das etapas de atendimento e avaliação dos pais.....	35
<b>FIGURA 2.</b> Instrumentos aplicados na avaliação final, após oito semanas.....	41
<b>FIGURA 3.</b> Comparecimento a cada uma das sessões / Número máximo de sessões às quais compareceram.....	53
<b>FIGURA 4.</b> Esquema representando o sentido das principais mudanças no funcionamento familiar e as questões significativamente alteradas na Escala do Ambiente Familiar (FES) após as intervenções nos grupos IND, GRU, CON e CONEG.....	62

## LISTA DE TABELAS

**TABELA 1 (Partes A e B)** - Dados sociodemográficos e informações gerais sobre os pais ou responsáveis por jovens usuários de drogas que participaram do estudo, classificados de acordo com o comparecimento ao seguimento de avaliação Aderiu e Não Aderiu. tipo de intervenção recebida: grupo controle (CON) que recebeu intervenção única; grupo que recebeu intervenção de 8 semanas individual (IND); grupo que recebeu intervenção de oito semanas em grupo (GRU) e grupo controle negativo (CONEG) composto por pais de jovens sem problemas com substâncias de abuso.....45

**TABELA 2** - Informações sobre o uso de substâncias pelos filhos e procura de tratamento fornecidas pelos pais/responsáveis que participaram do estudo, classificados de acordo com o tipo de intervenção recebida: intervenção única – no caso do grupo controle ou intervenção de oito sessões individual ou em grupo e o comparecimento ao seguimento.....47

**TABELA 3** - Tipos de drogas utilizadas pelos filhos, segundo o relato dos pais .  
.....50

**TABELA 4** - Adesão à intervenção dos grupos que receberam intervenção individual (IND), em grupo (GRU) ou somente intervenção de acolhimento (CON). Porcentagem de participantes que compareceram ao seguimento de avaliação realizado ao final da intervenção e sessões a que compareceram (Média  $\pm$  Ep, dentre um máximo possível de 8 sessões) .....51

**TABELA 5** - Pontuação (média  $\pm$  EP) nas subescalas de funcionamento familiar da FES antes das intervenções (1) e oito semanas após (2), nos grupos que receberam intervenção de 8 sessões individualmente (INT) ou em grupo (GRU, no grupo controle de intervenção única (CON) e no grupo controle negativo (CONEG),



composto por pais de jovens sem problemas associados ao uso de substâncias .....55

**TABELA 6** - Porcentagem de respostas indicativas de problemas no funcionamento familiar nas 90 questões da escala de funcionamento familiar (FES) aplicada antes (FES1) e após um período de 8 semanas, (FES2) nos grupos que receberam intervenção individual (IND, N=32), em grupo (GRU, N=37) por oito semanas ou apenas uma única sessão de intervenção (controle com. N=26).....57

**TABELA 7** – Pontuações (média ± EP) nas subescalas de funcionamento familiar da FES antes das intervenções considerando os grupos de intervenção: 8 sessões individuais (IND) ou em grupo (GRU) ou sessão única (CON) e aqueles que aderiram a intervenção e os que não a abandonaram .....69

**TABELA 8** – Principais sentimentos e comportamentos relatados pelos pais e registrados pelos terapeutas (medianas e intervalo interquartil da pontuação em escala do tipo “Likert”, aplicada aos pais dos grupos que receberam intervenção individual ou em grupo por ocasião da admissão ao programa (antes) e ao seu término (depois) .....71

**TABELA 9** - Correlações entre os escores atribuídos pelos terapeutas aos sentimentos e comportamentos relatados pelos pais dos grupos que receberam intervenção individual ou em grupo, por ocasião da admissão ao programa (antes) e ao seu término (depois).....74

**TABELA 10** - Pontuação no Questionário de Satisfação do Cliente dos grupos que receberam a intervenção de oito sessões individualmente ou em grupo .....76

**TABELA 11** - Apresenta um sumário dos comentários (questões abertas) do Questionário de Satisfação do Cliente, sobre os pontos positivos e negativos da intervenção .....77

**TABELA 12** - Pontuações médias nas subescalas de ambiente familiar da FES (média  $\pm$  dp) de famílias com pessoas com problemas associados ao uso de drogas e famílias controle sem pessoas com problemas associados ao uso de drogas, no estudo de Vianna (2004) e no presente estudo.....82

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário pré-seleção .....	111
ANEXO 2 - Escala de Ambiente Familiar – FES .....	113
ANEXO 3 - Contrato de orientação aos pais .....	117
ANEXO 4 - Registro de sessão individual .....	120
ANEXO 5 - Registro de sessão em grupo .....	121
ANEXO 6 - Questionário de Satisfação do Cliente (QSC-7) .....	123
ANEXO 7 - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	125
ANEXO 8 - Autorização para uso do FES em pesquisa .....	127

## LISTA DE ABREVIATURAS

**Filho** - para indicar tanto os filhos como as filhas destas famílias.

**Pais** - para indicar pais, mães e/ou responsáveis que participaram do Programa de Orientação aos Pais.

**Jovens** - para indicar tanto os **adolescentes** (indivíduos de 10 a 20 anos) quanto os **jovens** (indivíduos de 15 a 25 anos).

**CON** - grupo CONTROLE, para pais que participaram apenas da intervenção de acolhimento (sessão única) e permaneceram por oito semanas em uma lista de espera para receber futuramente a intervenção completa.

**IND** - atendimento INDIVIDUAL, para pais que participaram da intervenção de acolhimento e receberam a intervenção completa em oito sessões individuais, com duração de 50 minutos cada.

**GRU** - atendimento em GRUPO, para pais que participaram da intervenção de acolhimento e receberam a intervenção completa em oito sessões em grupo, sendo que em cada grupo havia participantes de aproximadamente cinco famílias diferentes e as sessões tinham duração de 90 minutos. Os atendimentos em grupo foram realizados em grupos fechados, isto é, não havia entrada de novos integrantes ao longo das oito semanas.

**CONEG** - grupo controle negativo: composto por pais de jovens sem problemas associados ao uso de substâncias.

## RESUMO

Frequentemente, jovens com problemas de uso abusivo de psicotrópicos relutam em procurar ajuda especializada e seus pais não sabem como lidar com tais situações. Diante desta demanda, foi desenvolvido um programa de orientação para pais de jovens usuários de substâncias psicotrópicas. Os objetivos deste estudo foram: avaliar o grau de adesão e de satisfação de pais de jovens com problemas associados ao uso de drogas a um programa de orientação; avaliar a influência da modalidade oferecida (individual ou em grupo) e da intensidade da intervenção (modelo com oito sessões ou uma única intervenção) no funcionamento familiar; investigar se houve mudanças nesse funcionamento familiar após um período de oito semanas. Participaram do estudo 140 pais ou responsáveis por jovens, de 12 a 25 anos que, segundo os pais, faziam uso abusivo de substâncias psicotrópicas. De modo aleatório, os pais foram alocados para um grupo controle (CON), que participou de uma única intervenção (N=48), para um grupo (IND) que participou de uma intervenção com 8 sessões semanais individuais (N=42) ou para um grupo (GRU) que participou de uma intervenção com 8 sessões semanais em grupo (N=50). Foi avaliado também um grupo controle negativo (CONEG), composto por 23 pais ou responsáveis por jovens que, segundo os pais ou responsáveis, não faziam uso abusivo de substâncias psicotrópicas. Para a avaliação do funcionamento familiar, o instrumento FES (Family Environment Scale - FES) foi aplicado a todos os participantes antes da primeira sessão de intervenção e reaplicado oito semanas após a mesma. A adesão ao programa foi alta: IND - 80,9% e GRU - 78,5%. Foi observada melhora no funcionamento familiar após este período, principalmente nas áreas de coesão, expressividade, conflito, independência, interesses intelectuais, lazer, organização e controle do FES. De modo geral, os pais que receberam a intervenção de oito sessões (em grupo ou individual) apresentaram níveis de melhora no funcionamento familiar semelhantes aos dos pais que receberam apenas uma intervenção de sessão única. Estes dados sugerem que uma única sessão de orientação pode contribuir para melhorar o funcionamento familiar. No grupo controle negativo, que não recebeu nenhuma intervenção, não foram detectadas alterações significativas nos escores do FES no intervalo de oito semanas. Todos os participantes das intervenções relataram altos níveis de satisfação.

## 1 . INTRODUÇÃO

O uso de álcool e outras drogas psicotrópicas pelos filhos é uma preocupação constante dos pais. Estudo realizado em universidades de 27 capitais brasileiras mostrou que, na amostra avaliada, 48,47% dos jovens de 20 a 24 anos já haviam experimentado drogas ilícitas ao menos uma vez na vida, sendo que 35,8% deles fizeram este uso nos últimos doze meses (Andrade et al., 2010).

Pesquisas epidemiológicas indicam que embora nos últimos anos tenha ocorrido redução no uso de álcool e de algumas drogas psicotrópicas entre adolescentes, as taxas de uso ainda representam motivo de preocupação para os pais e para a sociedade de modo geral. De Micheli e Formigoni (2004) avaliaram 6.417 estudantes de ensino fundamental e médio das escolas públicas do município de Barueri, estado de São Paulo, e observaram que cerca de 8% dos estudantes entre 10 a 12 anos, e 14,5% dos estudantes entre 13 e 15 anos, relataram ter usado outras drogas, além de álcool e o tabaco.

De acordo com dados do VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio de 27 Capitais Brasileiras (Carlini et al., 2010), realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) em 2010 com 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular, 25,5% relataram uso na vida de outras drogas além de álcool e tabaco. As drogas mais citadas pelos estudantes, referindo-se a uso no ano, foram bebidas alcoólicas (42,4%) e tabaco (9,6%), seguidas por inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%). Em relação ao uso na vida, destaca-se a mistura de bebidas energéticas com álcool (15,4%). Foi detectada menor proporção de estudantes de escolas públicas (9,9%) que utilizaram qualquer tipo de droga (exceto álcool e tabaco), nos 365 dias anteriores à aplicação do questionário, do que na rede particular (13,6%). Entre os estudantes da faixa etária de 10 a 12 anos, o uso na vida de álcool foi relatado por 9,2 % dos que frequentavam escolas públicas e por 13,9% dos estudantes de escolas particulares. Na faixa de 13 a 15 anos estas proporções foram de 20,3 e 30,2%, e na faixa de 16 a 18 anos de 40,3 e

54,9%, respectivamente. Estes dados confirmam o uso precoce de drogas entre os adolescentes brasileiros.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 65% dos jovens de 15-16 anos fazem uso de bebidas alcoólicas, sendo que 5% destes jovens já apresentam sintomas indicativos de abuso desta substância (Merikangas et al., 2012). A análise da história de uso de drogas por pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas confirma que, na maioria dos casos, o consumo começou na infância ou no início da adolescência, indicando uma significativa relação entre precocidade do consumo e desenvolvimento da dependência (Chen et al., 2009, De Micheli & Formigoni, 2002<sup>a</sup>, Clarck et al., 1998, Grant 1997).

Muitos tipos de tratamentos para abuso e dependência de drogas entre os jovens têm sido propostos, existindo também um grande interesse em relação à família dos jovens dependentes. Alguns estudos têm sido desenvolvidos para avaliar se a participação dos pais destes jovens ou de seus familiares aumenta a adesão e a eficácia dos tratamentos (Mueser et al., 2006, Spoth et al., 2005, White et al., 1995, Vannicelli et al., 1983). Eells et al., em 1986, já indicavam que a frequência de familiares em grupos de auto-ajuda como Al-Anon, Amor Exigente, Nar-Anon traz bons resultados, diminuindo o nível de ansiedade e facilitando mudanças no contexto familiar.

Schenker e Minayo (2004) realizaram uma revisão sobre os tipos de tratamentos existentes para jovens dependentes de drogas, citando os seguintes métodos utilizados para aumentar o engajamento dos adolescentes ao tratamento:

- Intervenção – tem o objetivo de servir como um “ultimato” dado ao dependente. Proposto por Johnson em 1980<sup>1</sup> não tem sua eficácia avaliada;
- Abordagem do Reforço da Comunidade (*Community Reinforcement Approach* – CRA) busca re-organizar aspectos da vida do dependente para tornar mais atraente um estilo de vida sóbrio. Proposta por Smith, 2003<sup>1</sup>;
- Treinamento de Reforço da Comunidade - CRT- o profissional se coloca à disposição do dependente a qualquer momento do dia, Azrin, 1997<sup>1</sup>;

---

<sup>1</sup> Referências mencionadas por Schenker, Minayo (2004)

- Treinamento de Família e o Reforço da Comunidade (CRAFT) –voltado para pacientes resistentes a receber tratamento, tem ênfase na persuasão e no suporte de familiares. Consideram que a família deve estar completamente disponível – contrasta com a abordagem de grupos como o Al-Anon que sugere um certo distanciamento dos familiares para que se voltem às próprias necessidades, Meyers, 2002<sup>1</sup>;
- Berenson (1976)<sup>1</sup> o familiar motiva o dependente a aderir ao AA; há suporte familiar, mas também esclarece que familiares devem impor alguns limites, sem avaliação da eficácia.
- Terapia de Família Unilateral – UFT: combinação do CRA (busca reorganizar aspectos da vida do dependente) e Intervenção (tem o objetivo de servir como um ultimato dado ao dependente), considerada relativamente eficaz pelo estudo de Thomas, 1997<sup>1</sup>;
- Aconselhamento Cooperativo (*Co-operative Counseling*) desenvolvido na Inglaterra, por Yates, 1997<sup>1</sup>, baseado no treinamento de habilidades dos familiares levou a 47% dos dependentes aderirem ao tratamento ou a melhorarem o seu funcionamento quando algum membro da família compareceu ao treinamento.
- Método de Engajamento Sistêmico Estrutural-Estratégico (*Strategic Structural-Systems Engagement* -SSSE), Szapocznik, 1996<sup>1</sup>. Usa o referencial teórico da terapia sistêmica estrutural e estratégica, vendo a família como um sistema social com padrões de transação rotineiros entre os seus membros, influenciado pelo contexto social. O tratamento visa a mudança de padrões de interação disfuncionais que permitem, encorajam ou mantêm o sintoma. Melhor efetividade do que tratamento usual segundo Szapocznik.
- Uma Sequência de Intervenção Relacional para o Engajamento – (*A Relational Intervention Sequence for Engagement* – *ARISE*) a partir das premissas da terapia familiar sistêmica junta-se ao modelo de Intervenção de Johnson (1980)<sup>1</sup>, mas há orientação mais flexível e participativa de toda a família na tomada de decisões mais severas e estabelecimento de limites em relação ao comportamento do usuário.



- Terapia de Rede (*Network Therapy*), Keller, 1999<sup>1</sup> – a família é considerada um agente de mudança, que pode facilitar o engajamento do dependente no tratamento. Abordagem ambulatorial e proposta de manutenção da abstinência.

Mais recentemente, Prado et al. (2012), em pesquisa desenvolvida em Miami com 244 jovens delinquentes de origem hispânica, com idades de 12 a 17 anos, relataram que uma intervenção com os familiares teve sua eficácia comprovada na prevenção de comportamento sexual de risco e uso de drogas entre esses jovens. Rothwell et al. (2011), também encontraram redução do uso de substâncias psicotrópicas com pais de escolares com idade entre 9 e 11 anos. Nesse estudo, reuniões de caráter lúdico aumentaram a comunicação dentro da família, além de diminuir o padrão de uso de álcool por parte dos pais.

Um recente estudo australiano relacionou o tema “uso de álcool e drogas por adolescentes” com a conduta esperada pelos pais destes jovens: Ryan et al. (2011) levantaram 457 recomendações de especialistas para que os pais pudessem prevenir o abuso de álcool por seus filhos. Neste estudo, os autores fazem um alerta, esclarecendo que não há guias de aconselhamento certos e indiscutíveis para os pais sobre a melhor maneira de colocarem em prática o conhecimento adquirido. Os autores sugerem que deveria haver um treinamento dos pais sobre a aplicação de algumas estratégias. Além de informar sobre as estratégias para que seus filhos utilizem menor quantidade de bebidas alcoólicas, os autores ressaltam que a qualidade do relacionamento entre pais e filhos pode postergar o início do uso de drogas.

Os jovens usuários de drogas, com problemas associados a esse uso, muitas vezes têm dificuldades em procurar por tratamento (Miller, 1999). Entretanto, os pais destes jovens estão frequentemente buscando soluções para o problema e descrevem os sofrimentos decorrentes do uso de drogas por seus filhos. Isto mostra a grande necessidade de orientação para os pais e de estudos que avaliem a adesão e a efetividade de tais propostas. Silva et al. (2006) relataram que 79% dos pais têm medo quando surge o tema “uso de drogas entre os filhos”, mas que nem todos buscam ajuda profissional para orientá-los: 62% o fazem apenas quando um de seus filhos confirma que usou drogas. A abordagem do problema por meio do contato com os pais destes jovens torna-se uma alternativa

importante, que pode ser eficaz, uma vez que estes pais em geral estão mais dispostos que os jovens para mudanças necessárias para um convívio familiar saudável. Barcelos (2006) sugere que os pais podem mudar padrões consolidados de comportamento, alterando, assim, a dinâmica familiar. Ele afirma que os pais devem aprender estratégias para ajudar os filhos a interromper o uso de drogas.

Na abordagem familiar deve-se dar atenção especial aos papéis desempenhados por cada pessoa da família e estimular a comunicação entre familiares, que é consequência da afetividade familiar (Silva, 2011). Os pais precisam ser orientados nesse sentido, pois muitas vezes suas conversas com os filhos não tem eficácia. (Silva et al., 2006).

Muitos estudos tem demonstrado a importância do papel dos pais no ambiente familiar que pode ser positivo, inócuo ou até nocivo. Por meio de alguns estudos realizados com familiares dos usuários, verifica-se que se algum membro da família faz uso de drogas, frequentemente há problemas no funcionamento familiar, com vivência constante de situações conflituosas. (Silva, 2011, Barcelos, 2010 e Vianna, 2004). Constata-se, também, queixas de pais a respeito de falta de informação ou inabilidade para lidar com os filhos usuários de drogas. Barcelos (2010) relata que nas famílias de usuários de drogas é comum os pais não saberem estabelecer limites claros no processo educativo. O comportamento do usuário de drogas é caracterizado pela falta de limites claros e os pais têm dificuldade no seu estabelecimento. O uso de drogas pode afetar vários aspectos do convívio familiar e ampliar os sentimentos de culpa, ressentimentos, agressões físicas e verbais e desconfianças. Ray et al, (2007) sugerem que deve haver também o atendimento da família, além do atendimento do dependente de drogas. Este fator pode facilitar o entendimento da situação e responsabilidade de cada um, e, conseqüentemente, haver melhores resultados para o tratamento.

No Brasil, estudos de Silva (2011) e Vianna (2004) mostraram que famílias com membros dependentes de drogas apresentam maior dificuldade no convívio familiar do que famílias sem usuários de drogas. Silva (2011) avaliou pacientes dependentes de álcool ou outras drogas em relação ao funcionamento familiar e concluiu que os dependentes apresentavam mais problemas do que os não dependentes nas áreas de expressão afetiva, envolvimento, controle, valores e normas. Vianna (2004), utilizando a escala de avaliação do ambiente familiar (FES),

observou menores níveis de coesão, independência, lazer e organização e níveis mais altos de conflito e controle em famílias com dependentes de álcool ou drogas do que em famílias de pessoas sem diagnóstico de dependência.

Zemel (2001) considera que quando se faz uma avaliação minuciosa do ambiente familiar, percebe-se que há indiscriminação de papéis, sendo comum os pais adotarem uma postura submissa enquanto os jovens ditam as regras. A mesma autora relata dificuldades na comunicação e falta de imposição de limites: os dependentes tendem a estender seus limites, resultando em ambientes familiares sem regras estabelecidas. Acresce, também, que, em geral, os pais se sentem desatualizados com relação aos conhecimentos sobre drogas e não utilizam conhecimentos sobre educação que poderiam ser úteis.

Uma vez que há dificuldades na dinâmica familiar e as demandas de pais e filhos são tão diferentes, tem sido proposto que pais e filhos participem de intervenções distintas: uma dirigida aos pais e outra aos filhos. Embora existam tratamentos e intervenções dirigidas a jovens usuários e a seus pais de forma independente, alguns autores consideram que a adesão e o sucesso do tratamento são maiores quando o dependente e a família buscam ajuda simultaneamente mas em duas intervenções separadas: uma para o dependente e outra para o familiar. A tarefa do terapeuta dos familiares é mostrar a corresponsabilidade da família diante do problema de uso de drogas (Zemel, 2001).

Outros autores (Usher, 2005) consideram que devido aos conflitos vividos pela família durante o processo de abuso de drogas do jovem, a terapia familiar pode não ser a melhor alternativa no primeiro momento de busca de ajuda, porque os pais apresentam sentimentos de angústia, raiva, e desconfiança, necessitando eles mesmos de uma atenção especial para estas queixas, que são diferentes das queixas dos dependentes. Barcelos (2010) sugere que estas queixas possam ser abordadas de forma paralela, em dois tipos de intervenções, com atendimento do dependente e atendimento da família. Durante a abordagem dos pais, é importante avaliar os diversos aspectos do funcionamento familiar no momento presente, e iniciar a discussão de técnicas para solução de problemas futuros. O papel dos pais é o de proteger os filhos e providenciar-lhes o suprimento das necessidades. Os pais que conseguem abrir mão do controle da vida de seu filho são aqueles que estão emocionalmente equilibrados, pois esta base

possibilitará aos pais alterar a regras a que estão apegados e mudar antigos padrões de comportamento. (Barcelos, 2006).

Em resumo, diversos autores mostram a importância de se avaliar e intervir no equilíbrio emocional das famílias dos usuários de drogas, focalizando suas necessidades emergenciais. Entretanto, são necessárias pesquisas científicas que analisem de forma objetiva e sistemática a eficácia das intervenções dirigidas aos pais de jovens dependentes do uso de drogas. Há poucos estudos publicados que foram realizados com instrumentos padronizados (Silva, 2011). No Brasil, há poucos programas dirigidos a pais de jovens usuários. Há programas de orientação para os pais, mas sem acompanhamento psicológico ou sem objetivos e estratégias claras para o enfrentamento do problema. A maioria das intervenções não é sistematizada, restringindo-se, em geral, a grupos de autoajuda (como por exemplo, Amor Exigente, Al-Anon, etc). Copello et al. (2005) salientam que há necessidade de ensaios pragmáticos que reproduzam a prática da rotina clínica, com análise da relação custo-benefício, da explicitação do processo de tratamento e que usem métodos qualitativos. Em função disto, e devido à lacuna de estudos nesta área, o presente estudo foi desenvolvido para avaliar, de forma objetiva e sistemática a efetividade de um programa dirigido a pais de jovens com problemas associados ao uso de drogas na melhoria do funcionamento familiar.

### Hipóteses

Partimos da hipótese de que famílias com usuários de drogas tem mais problemas no funcionamento familiar do que aquelas que não tem usuários de substâncias e que um programa de intervenção (orientação para pais cujos filhos fazem uso de drogas.) poderia modificar positivamente a percepção do funcionamento destas famílias. Consideramos também que provavelmente os pais que receberiam uma intervenção de 8 semanas deveriam apresentar melhora mais intensa no funcionamento familiar do que aqueles que receberiam apenas uma intervenção de sessão única.

## **2 . OBJETIVOS**

### **2.1. Geral:**

Avaliar a adesão e a satisfação com um programa de orientação de pais de jovens com problemas associados ao uso de drogas e seu impacto no funcionamento familiar.

### **2.2. Específicos:**

- a) Avaliar o funcionamento de famílias de jovens com problemas associados ao uso de drogas, utilizando a versão brasileira da Escala do Ambiente Familiar (FES) preenchida pelos pais ou responsáveis pelos jovens e compará-lo com o de famílias cujos jovens não fazem uso de drogas.
- b) Comparar as mudanças no funcionamento familiar dos grupos que receberam intervenção com a de um grupo controle que não a recebeu.
- c) Investigar se, dois meses após o início do programa de orientação, houve mudanças no funcionamento familiar e se houve influência da modalidade adotada (individual ou em grupo) ou da frequência (oito sessões ou uma única intervenção) da intervenção oferecida sobre o funcionamento familiar;
- d) Avaliar a adesão a um programa de orientação de pais, oferecido em três modalidades: intervenção de uma sessão, intervenção de oito sessões individual ou intervenção de oito sessões em grupo;
- e) Avaliar os níveis de satisfação dos pais que completaram o programa de orientação;
- f) Realizar uma análise qualitativa dos relatos de sessão e dos comentários dos participantes a respeito da influência do programa no funcionamento familiar.

## **3 . MATERIAL E MÉTODOS**

### **3.1. Divulgação**

A divulgação do programa de orientação foi feita por meio da mídia impressa e televisiva, durante todo o período de admissão de participantes deste estudo.

### **3.2. Local**

As intervenções foram desenvolvidas em um setor especializado no atendimento a usuários de substâncias psicotrópicas e seus familiares, a Unidade de Dependência de Drogas (UDED) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

### **3.3. Participantes**

Participaram do estudo 140 pais ou responsáveis por adolescentes e jovens de 12 a 25 anos que, segundo os próprios pais ou responsáveis, faziam uso abusivo de substâncias psicotrópicas e 23 pais ou responsáveis por jovens de 12 a 25 anos que, segundo os próprios pais ou responsáveis, não faziam uso abusivo de substâncias psicotrópicas.

**Crítérios de Exclusão** – Não foram incluídos no estudo participantes que não sabiam ler ou escrever.

### **3.4. Equipe terapêutica**

O atendimento foi realizado por 5 psicólogos (cinco mulheres e um homem), uma musicoterapeuta e uma psicopedagoga (que tinham o mesmo papel dos terapeutas) e uma assistente social, que atuaram de modo voluntário no projeto. Antes do início do projeto, os profissionais receberam um treinamento teórico (150 horas) sobre Dependência de substâncias psicotrópicas, Terapia Cognitivo-comportamental, Intervenção Breve e Terapia Familiar Sistêmica. Após esse treinamento, foram iniciados estágios práticos havendo supervisão semanal

destes atendimentos, com a participação de todos os profissionais envolvidos, visando garantir a qualidade e padronização dos atendimentos.

### **3.5. Instrumentos**

#### **3.5.1 Questionário de Pré-Seleção – QPS (Anexo 1)**

Por ocasião da intervenção de acolhimento, os pais preencheram um questionário com perguntas fechadas para obtenção de dados sociodemográficos (escolaridade, idade, estado civil, etc.)

#### **3.5.2 Escala do Ambiente Familiar (FES – *Family Environment Scale*, Moos, 1984; Vianna 2004). (Anexo 2)**

Foi utilizada a versão em português validada para a população brasileira por Vianna (Vianna, 2004; Vianna et al., 2007) da Escala do Ambiente Familiar, destinada a avaliação do funcionamento familiar, composta por 90 afirmativas (com respostas dicotômicas: *Verdadeira* ou *Falsa*), agrupadas em dez subescalas, sendo três sobre *relacionamento interpessoal*: coesão (se há suporte entre os membros da família), expressividade (comunicação a respeito de seus sentimentos) e conflito (se há brigas, agressões, sentimento de raiva); cinco sobre *crescimento pessoal*: independência (autossuficiência), realização (importância da vida profissional), interesses culturais, lazer, religião (ênfase em ética e valores religiosos) e duas sobre a *manutenção do sistema*: organização (do ambiente doméstico e atividades) e controle (o quanto as regras são seguidas). A presença de problemas é indicada por alta pontuação nas escalas de conflito e baixa pontuação nas demais escalas.

Esta escala foi aplicada em dois momentos, no início, com a **intervenção de acolhimento** e ao final, após  $8 \pm 1$  semanas.

#### **3.5.3 Intervenção de acolhimento aos pais/responsáveis.**

Todos os pais dos grupos IND, CON e GRU participaram desta intervenção, que foi realizada no primeiro contato com os pais.

Na intervenção de acolhimento dos participantes foi feita uma apresentação em power point, cujo objetivo era de destacar os principais aspectos

relacionados ao uso de drogas de abuso por jovens e o processo de desenvolvimento de dependência de substâncias psicotrópicas, com ênfase na adolescência, etc. (os temas estão no quadro 1, na coluna do grupo controle). Os pais do grupo CON só receberam esta intervenção - **intervenção única**.

#### **3.5.4 Contrato de Orientação aos Pais ou Responsáveis (intervenção individual ou em grupo). (Anexo 3)**

Após a exposição do esquema de intervenção proposto, foi solicitado aos participantes que assinassem um “contrato terapêutico”, no qual as regras gerais do atendimento, como horários e limites de faltas e atrasos eram explicitados.

#### **3.5.5 Registro de Sessão Individual ou em Grupo. (Anexos 4 e 5)**

Em todas as sessões foram preenchidas folhas de *registro de sessão*, na qual eram feitas anotações sobre as queixas atuais, metas estipuladas para a próxima sessão, como também dados adicionais sobre a história familiar.

#### **3.5.6 Questionário de Satisfação do Cliente-7 (QSC-7) (Anexo 6)**

É um instrumento composto por sete questões que abordam a satisfação com o atendimento oferecido. (QSC-7, Attkisson et al. (1982), traduzido e adaptado por De Micheli & Formigoni). O questionário abrangia os seguintes aspectos: qualidade de atendimento dos terapeutas, expectativas, se a intervenção atendeu às necessidades, qualidade de atendimento das secretárias, desempenho dos terapeutas, se a intervenção ajudou a lidar com os problemas, se os participantes retornariam ao Programa de Orientação, se recomendariam o Programa de Orientação aos amigos. A pontuação mínima possível era de 8 e máxima de 29. Os pais dos grupos GRU e IND responderam este questionário ao final das 8 sessões.

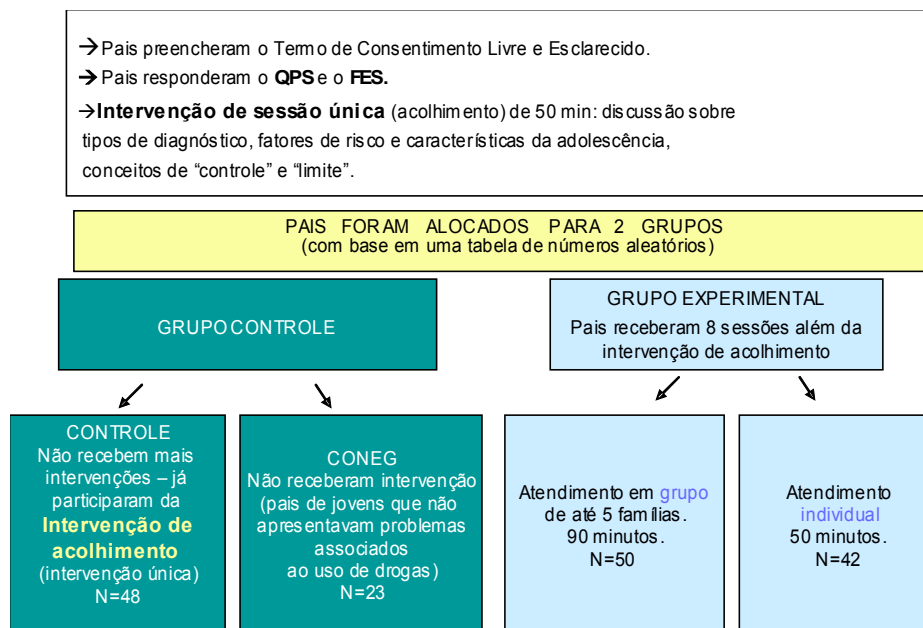


### 3.6. Procedimentos

Todos os pais que procuraram o **Programa de Orientação aos Pais/responsáveis de Jovens Usuários de Substâncias psicotrópicas** receberam inicialmente informações gerais sobre os objetivos do projeto e os possíveis tipos de intervenção e foram consultados sobre sua disponibilidade para participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo VII)** e preencheram dois instrumentos: **QPS** que avalia o perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis e a **Escala do Ambiente Familiar** que examina a percepção do participante sobre o funcionamento de sua família antes do início da intervenção. Em seguida, todos os pais participaram de uma **intervenção de acolhimento** (com cerca de 50 minutos, ministrada pela pesquisadora principal).

No início da *intervenção de acolhimento* a pesquisadora principal explicou como funcionaria o fluxograma da intervenção. Foram descritos os principais fatores de risco e proteção em relação ao uso de drogas relacionado às características da adolescência. Foram também discutidas as diferenças entre uso, abuso e dependência. Em seguida era esclarecido que o objetivo da intervenção era o de facilitar mudanças de conceitos e comportamentos na vida dos pais a partir de informações, orientações e estratégias que seriam sugeridas. Para início da sensibilização dos pais, foram discutidos temas como: as principais dificuldades enfrentadas no momento presente (sofrimentos, agressões sofridas) e mecanismos de defesa como a *negação ou minimização do problema*. O tema seguinte era a importância da frequência de uso para o desenvolvimento da dependência (“se não houver alta frequência de uso, a probabilidade de dependência é baixa”). A intervenção de acolhimento era encerrada com a explicação dos conceitos de *controle, limite, facilitação* e o quanto estes conceitos influem na dinâmica familiar. Saliava-se a importância do bem estar e qualidade de vida dos pais para assim, conseguirem dar um exemplo assertivo aos seus filhos. Algumas estratégias eram então sugeridas, enfatizando-se treinamento de respostas assertivas no caso de filhos agredirem moral ou fisicamente seus pais; a importância de regras e horários estabelecidos; a ajuda dos filhos nas tarefas domésticas; possibilitar que seus filhos assumissem as responsabilidades pelas próprias ações.

Durante toda a *intervenção de acolhimento* havia a participação ativa dos pais.



2

Figura 1 - Fluxograma das etapas de atendimento e avaliação dos pais.

### 3.6.1 Alocação dos participantes aos grupos

Todos os pais que participaram da intervenção de acolhimento e aceitaram participar do programa receberam um número de registro, que foi utilizado para a alocação dos participantes aos grupos, utilizando-se uma tabela de números aleatórios, após estratificação por faixa etária e sexo. Os pais foram alocados para um de três grupos:

- Controle (CON) - pais que participaram apenas da intervenção de acolhimento (sessão única), permaneceram por oito semanas em uma lista de espera e responderam novamente os questionários de avaliação final.
- Intervenção Individual (IND) - pais que participaram da intervenção de acolhimento e receberam a **intervenção completa, em oito sessões individuais**, com duração de 50 minutos cada.

- Intervenção em Grupo (GRU) - pais que participaram da intervenção de acolhimento e receberam **a intervenção completa, em oito sessões em grupo**, sendo que em cada grupo havia participantes de aproximadamente cinco famílias diferentes e as sessões tinham duração de 90 minutos. Os atendimentos em grupo foram realizados em grupos fechados, isto é, não havia entrada de novos integrantes ao longo das oito semanas.
- Controle negativo - CONEG - outro grupo controle foi formado por 23 pessoas com perfil sociodemográfico semelhante aos demais grupos, mas cujos filhos não apresentavam problemas associados ao uso de substâncias psicotrópicas, segundo relato dos pais. Os participantes deste grupo preencheram o instrumento de avaliação do funcionamento familiar (FES) em duas ocasiões, separadas por oito semanas, não participando portanto de nenhuma intervenção. Este grupo será referido no texto como “controle negativo” - CONEG.

### **3.6.2 Estrutura das oito sessões de intervenção**

Os referenciais teóricos utilizados no desenvolvimento da estrutura das sessões foram baseados nos princípios da Terapia Cognitivo-comportamental (Beck et al., 1997), da Terapia Sistêmica e treinamento de habilidades sociais (Caballo, 2006, Barcelos, 2010, Carter & McGoldrick, 1995, Stanton et al, 1985, Todd, 1991) e nas técnicas de Intervenção Breve (Formigoni, 1992).

Os objetivos principais das sessões foram:

- a) Conscientizar os pais sobre o funcionamento de suas famílias;
- b) Transmitir conceitos sobre os efeitos das drogas de abuso e sobre como se inicia o uso abusivo e a dependência;
- c) Apoiá-los no desenvolvimento de estratégias visando mudanças de comportamentos que pudessem contribuir para um melhor funcionamento familiar;

- d) Aprofundar o conhecimento a dinâmica familiar e favorecer o entendimento das causas e consequências das atitudes de cada um, aliviando assim os sintomas desagradáveis (culpa, por exemplo).

Para atingir tais objetivos, a estrutura das sessões realizadas com os grupos IND e GRU foi semelhante, exceto que no atendimento individual as situações eram trabalhadas considerando-se o caso específico e no grupo havia uma alternância discutindo-se ora o caso de um dos participantes ora de outro. As intervenções eram conduzidas de modo que os demais pudessem adaptar os conceitos aos próprios casos.

Na 1ª e 2ª sessões foram feitas a apresentações dos terapeutas e participantes (no caso de grupo), explicação da proposta e realizado um “novo acolhimento”. As histórias individuais eram contadas para avaliação do estado de motivação e prontidão para mudança. Os terapeutas avaliavam o nível de motivação dos pais, para aderir à proposta de intervenção oferecida e o nível de flexibilidade para a mudança de comportamento sugerida. Um dos objetivos da primeira sessão foi detectar situações envolvendo riscos, como por exemplo, agressões físicas, abusos, furtos, etc. Avaliou-se também se o (a) filho (a) do pai participante da intervenção reconhecia ter um problema com o uso de substâncias e se aceitava se tratar. Era perguntado aos pais se o filho estava trabalhando e/ou estudando.

Na 3ª, 4ª e 5ª sessões, os pais foram submetidos a um treinamento para desenvolvimento de habilidades, visando facilitar mudanças de comportamento. Um aspecto bastante enfatizado foi discutir com os pais sobre a permissão do uso de álcool, cigarro ou outras drogas pelos filhos menores de idade, o que, além de ilegal é uma conduta permissiva, que entra em conflito com o estabelecimento de limites e regras da casa. Sugeriu-se que os pais estabelecessem um limite (até onde tolerariam determinado comportamento) e uma consequência para um determinado comportamento inadequado do filho, caso o limite fosse extrapolado pelo jovem (ex. se usasse drogas não poderia utilizar o videogame ou o carro por um período de tempo previamente estabelecido). Os graus de ação e reação eram propostos de acordo com a assertividade dos pais, isto é, se os pais eram mais ativos ou passivos. Os pais foram também orientados a

observar atentamente os sintomas e comportamentos de seus filhos que pudessem ser reconhecidos como indicativos do uso de drogas, por exemplo: rinite associada ao uso de cocaína, olhos vermelhos associados ao uso de maconha, etc.

Na 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> sessões era desenvolvido um planejamento, em médio prazo, para solução das situações de risco e analisadas as expectativas dos pais a respeito dos filhos e de si mesmos, assim como sobre as possibilidades de concretização das mesmas.

Em todas as oito sessões os terapeutas registravam alguns dados qualitativos sobre o funcionamento familiar, com ênfase em: nível de conflito; existência de repertório de estratégias para situações de risco; presença de comportamentos facilitadores dos pais e tentativas inadequadas de controle (investigação excessiva, pouca atuação ou atuação inadequada).

As estratégias e temas abordados nas oito sessões foram um aprofundamento dos principais temas abordados na intervenção de acolhimento (sessão única). Para efeito de comparação do conteúdo das intervenções, os principais temas discutidos são apresentados no Quadro 1.

Neste estudo, durante a intervenção, os pais foram alertados a não ceder aos desejos inadequados dos filhos e esclarecidos sobre o que deveriam esperar dos filhos no ambiente doméstico. Por exemplo, se os pais pedissem aos filhos que lavassem a louça ao final da refeição, poderiam descansar, ter talvez maior tempo para lazer, e melhor definição dos papéis domésticos (organização) e não se sentiriam sobrecarregados (coesão e conflitos). No momento que os pais expressassem este desejo aos filhos (expressividade) já estariam mudando um pouco da rotina familiar através de estratégias da Terapia Cognitivo-comportamental e Intervenção Breve propostas nas intervenções. Por outro lado, foi explicado que os pais que permitiam que os filhos usassem drogas e ficassem jogando vídeo game durante uma grande parte do dia, estariam sendo facilitadores da manutenção do uso de drogas e de comportamentos inadequados.

**Quadro 1** - Principais temas abordados na intervenção da qual participaram os integrantes dos grupos de atendimento individual, em grupo e controle e que foram posteriormente abordados durante as intervenções. Os símbolos (X, XX, XXX) correspondem ao nível de profundidade na abordagem dos temas nos diferentes tipos de intervenção (Individual, Em grupo ou Controle).

<b>PRINCIPAIS TEMAS DA INTERVENÇÃO</b>	<b>CONTROLE</b>	<b>INDIVIDUAL</b>	<b>EM GRUPO</b>
Características da adolescência	X	XX	XX
Fatores de risco e proteção	X	XX	XX
Fases do desenvolvimento da dependência de drogas	X	XX	XX
Tipo de relacionamento familiar (afeto, expectativas)	X	XXX	XXX
Sentimento de culpa e responsabilidade pelo problema do filho	X	XXX	XX
Importância das regras e consequências para o não cumprimento delas	X	XXX	XXX
O “sermão” desgasta o bom relacionamento	X	XX	XX
A tentativa de controle do comportamento do filho não é eficaz	X	XXX	XX
Deve haver estabelecimento de limites para gerar autonomia	X	XX	XX
Distribuição democrática de tarefas domésticas	X	XXX	XXX

Foi realizada a análise dos registros de sessão dos prontuários e também nos registros de reuniões de supervisão em que aconteciam as descrições das sessões realizadas pelos terapeutas com os pais. Várias sessões foram observadas pela pesquisadora principal pela sala de espelho e anotações do que acontecia na sessão eram incorporadas aos prontuários. Nos formulários de registro de sessão, os terapeutas registravam em escala do tipo *Likert* os sentimentos e comportamentos relatados pelos pais.

Para as seguintes variáveis foram atribuídas pontuações de 0 (nada) a 2 (muito):

- minimização do uso de drogas do filho;
- sentimento de impotência perante o uso de drogas do filho;
- grau de ansiedade sentido pelos pais;
- estabelecimento de horários para que os filhos cheguem em casa; realizem as refeições, acordem, etc.;
- se os filhos ajudavam nas tarefas domésticas;

Para as seguintes variáveis foram atribuídas pontuações de 0 (nada) a 3 (muito):

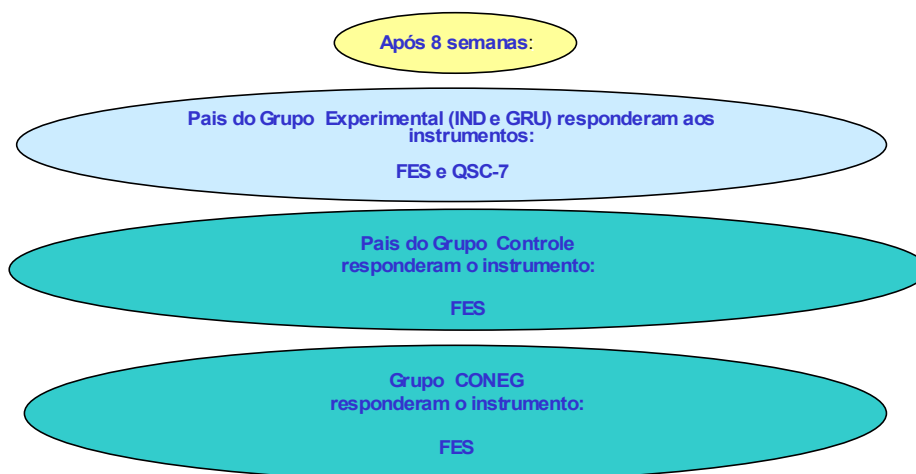
- presença de sentimento de **culpa** / sentimento de responsabilidade pelo uso de drogas do filho, por parte dos pais;
- se as **metas** sugeridas na intervenção já eram conhecidas pelos pais quando iniciaram a mesma;
- estabelecimento de **limites**;
- se o filho estava **usando drogas/álcool**;
- se havia **brigas** no ambiente familiar;
- se os pais tinham comportamento **facilitador** (ex. presentear o filho para que ele não utilizasse drogas)

### 3.6.3 Contrato terapêutico

Tanto no atendimento individual como no atendimento em grupo havia um número máximo de faltas sem justificativa aceitável: acima de duas faltas o participante era considerado desistente. As informações sobre faltas e atrasos foram transmitidas de maneira clara, por ocasião da apresentação do Contrato de Orientação aos Pais. (Anexo IV).

### 3.6.4 Seguimento de avaliação após dois meses

Todos os pais/responsáveis que assistiram à intervenção de acolhimento: IND, GRU, CON e os pais que não receberam nenhum tipo de intervenção - CONEG, foram convidados a completar novamente o instrumento FES, entre 7 e 9 semanas após a primeira aplicação. Os participantes dos grupos GRU e IND também preencheram o Questionário de Satisfação do Cliente, na mesma ocasião.



2

Figura 2 - Instrumentos aplicados na avaliação final, após 8 semanas.



### 3.6.5 Atendimento em Grupo aos Jovens

Um grupo de atendimento a jovens que faziam uso de drogas foi estruturado paralelamente à intervenção realizada com os pais. As reuniões eram semanais (90 minutos), realizadas em grupos abertos, com abordagem baseada na terapia cognitivo-comportamental e em técnicas motivacionais. Tanto o diagnóstico como os atendimentos eram realizados pela pesquisadora principal deste estudo e os encaminhamentos para outros serviços eram realizados juntamente com a assistente social desta equipe. A divulgação do grupo de atendimento a jovens era realizada nas intervenções de acolhimento. Alguns filhos dos pais que participaram do estudo compareceram a este grupo e esta informação foi anotada no registro de sessão dos pais.

### 3.6.6 Análises estatísticas

O quadro abaixo apresenta os testes estatísticos utilizados.

Quadro 2 - Testes estatísticos aplicados neste estudo.

Nível de relacionamento das amostras	Nível de mensuração da variável dependente (resposta)		
	Categóricas ou nominais	Ordinais	Numéricas
2 amostras relacionadas (antes-depois) mesmo grupo	McNemar	Wilcoxon	Teste t amostras pareadas
2 amostras independentes (IND, GRU)	$\chi^2$	Mann-Whitney	Teste t amostras independentes
3 ou mais amostras independentes (CON, IND, GRU, CONEG)	$\chi^2$		ANOVA+ Newman-Keuls
Correlação		Spearman	Pearson

Para comparação entre os grupos quanto às variáveis categóricas foi utilizado o teste do  $X^2$ . O teste de McNemar foi aplicado a cada grupo para avaliação de mudanças na frequência de respostas categóricas entre as ocasiões de avaliação (início da intervenção e após 8 semanas).

O teste U de Mann Whitney foi utilizado para comparação dos grupos de intervenção (individual e em grupo) quanto às variáveis ordinais (ou numéricas sem distribuição normal). Para comparação das medianas dos escores atribuídos pelos terapeutas aos comportamentos e sentimentos dos pais antes e após a intervenção foi utilizado o teste de Wilcoxon. Para análise da relação entre os escores atribuídos a diversos aspectos comportamentais registrados pelos terapeutas no início e ao final da intervenção foram realizados testes de correlação de Spearman.

Para comparação dos 3 grupos (controle, intervenção individual e intervenção em grupo) quanto à pontuação na Escala do Ambiente Familiar antes e após a intervenção foi utilizada uma ANOVA de dois fatores (grupo e tempo) com medidas repetidas, seguida pelo teste de Newman-Keuls.

Em todos os casos, o nível de significância adotado foi de 5% e utilizou-se o programa Statistica versão 6.1 (Statsoft).

### **3.7 Ética**

O projeto cujo título original era "Comparação da efetividade de duas intervenções (terapia cognitivo-comportamental e intervenção breve) no atendimento a adolescentes usuários de risco de substâncias psicoativas em um ambulatório vinculado a uma universidade pública" foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP 1184-06 / versão 1 de 02/08/2011), que aprovou também as alterações de metodologia e título para "Avaliação de fatores preditores da adesão e efetividade de um programa de orientação a pais de jovens usuários de álcool e outras drogas" em 06/09/2011. Todos os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7), redigido de acordo com as normas do CEP e da legislação vigente, garantindo o sigilo total das informações colhidas e a participação voluntária dos pais nesta intervenção.

## 4 . RESULTADOS

### 4.1. Análise das características dos grupos

Os dados sociodemográficos dos pais ou responsáveis de jovens usuários de drogas que participaram do estudo, classificados de acordo com o tipo de intervenção recebida (sessão única – no caso do grupo controle ou intervenção de oito semanas individual ou em grupo) são apresentados na tabela 1. Não foram observadas diferenças significativas nas características sociodemográficas entre os grupos que receberam as intervenções individuais (IND), em grupo (GRU), no grupo controle (CON) ou no grupo controle sem problemas de dependência de drogas (CONEG) quanto ao sexo, parentesco, estado civil, com quem moram e de como souberam sobre a intervenção a qual participaram. A maioria (90,2%) eram mulheres, mães (89%), casadas ou que moravam junto com o cônjuge (63,8%), moravam com o filho usuário de drogas e a família, tendo sido informados sobre o programa de atendimento através da mídia (79,3%). A média de idade dos pais foi de 46,3 anos ( $\pm 1,9$ ).

Não houve diferença significativa entre os grupos de intervenção (IND, GRU, CN, CONEG) quanto ao nível de escolaridade, mas dentre os que receberam intervenção individual houve diferença entre os que compareceram ao seguimento (53,1% haviam completado o nível superior) e aqueles que não completaram a intervenção (100% tinham somente ensino fundamental ou médio).

Quanto ao vínculo empregatício, tanto os pais que receberam atendimento em grupo (38% trabalhavam formalmente) como os que receberam atendimento individual (42,8% trabalhavam formalmente) diferiam dos pais do grupo CON e dos pais CONEG. Os pais do grupo CON diferiam dos pais do grupo CONEG. Informações fornecidas pelos pais sobre o uso de substâncias pelos filhos e procura de tratamento são apresentadas na tabela 2, de acordo com o tipo de intervenção recebida pelos pais.

**Tabela 1 (Partes A e B) - Dados sociodemográficos e informações gerais sobre os pais ou responsáveis por jovens usuários de drogas que participaram do estudo, classificados de acordo com o comparecimento ao seguimento de avaliação: Aderiu e Não Aderiu e de acordo com o tipo de intervenção recebida: grupo controle (CON) que recebeu intervenção única; grupo que recebeu intervenção de 8 semanas individual (IND); grupo que recebeu intervenção de oito semanas em grupo (GRU) e grupo controle negativo (CONEG) composto por pais de jovens sem problemas com substâncias de abuso. Dados expressos em porcentagem, exceto se houver outra indicação.**

Parte A comparação entre aderiu e não aderiu	INDIVIDUAL			EM GRUPO			CONTROLE		CONEG (a)
	aderiu N=32	não aderiu N=10	X <sup>2</sup>	aderiu N=37	não aderiu N=13	X <sup>2</sup>	aderiu N=26	não aderiu N=22	
<b>SEXO</b>			n.s.			n.s.			n.s.
Feminino	87,5	100		86,5	100		92,3	86,4	91,3
Masculino	12,5	0		13,5	0		7,7	13,6	8,7
<b>IDADE (em anos)</b>	48 ± 1	47 ± 2		47 ± 1	43 ± 2		47 ± 1	49 ± 2	n.s. 41 ± 2*
<b>PARENTESCO</b>			n.s.			n.s.			n.s.
Mãe	87,5	100		83,8	100		92,3	81,8	91,3
Pai	12,5	0		13,5			7,7	13,7	8,7
Tia	0			2,7			0	4,5	
<b>ESTADO CIVIL</b>			n.s.			n.s.			n.s.
Solteiro	12,5	10		5,4	30,7		19,3	13,6	8,7
Separado	28	30		21,6	23,1		11,5	40,9	13,1
Vive junto	6,5	20		16,2	0		11,5	13,6	4,3
Casado	53	40		56,8	46,2		57,7	31,8	73,9
<b>ESCOLARIDADE</b>			p<0,001			n.s.			n.s.
Fundamental/Médio	46,9	100		52,8	69,2		65,4	51,1	47,8
Superior/Pós Graduação	<b>53,1</b>	0	8,9 *	47,2	30,8		34,6	40,9	52,2
<b>ÁREA PROFISSIONAL</b>			n.s.			n.s.			n.s. c
Trabalha	50	20		32,4	53,8		23,1	18,2	73,9
Informal / Desempregado / Dona de Casa	50	80		67,6	46,2		76,9	81,8	26,1
<b>RESIDE COM</b>			n.s.			n.s.			n.s.
Jovem usuário de drogas	6	0		3			0		
Jovem e família	85	100		90	90		90	94	
Mora só	9			7	10		10	6	
<b>SOUBE POR</b>			n.s.			n.s.			n.s.
Mídia	71,9	70		78,4	61,5		92,4	91	
Amigos	15,6	20		10,8	23,1		0	4,5	57
Serviços Médicos	0	10		5,4	7,7		3,8	4,5	
Outros	12,5	0		5,4	7,7	n.s.	3,8	0	43

\* = p< 0,05

**Tabela 1 (Partes A e B) - (continuação)**

<b>Parte B – comparação entre grupos</b>	<b>total IND N =42</b>	<b>total GRU N =50</b>	<b>total CON N = 48</b>	<b>total CONEG N=23</b>	<b>total geral N=163</b>
<b>SEXO</b>					
Feminino	90,5	90	89,6	91,3	90,2
Masculino	9,5	10	10,4	8,7	9,8
<b>IDADE (anos)</b>	47,9 ± 1,2	45,7 ± 1,1	48 ± 1,1	41,4 ± 1,6*	46,3
<b>PARENTESCO</b>					
Mãe	90,5	88	87,5	91,3	89
Pai	9,5	10	10,4	8,7	9,8
Tia	0	2	2,1		1,2
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Solteiro	11,9	12	16,7	8,7	12,9
Separado	28,6	22	25	13,1	23,3
Vive junto	9,5	12	12,5	4,3	10,4
Casado	50	54	45,8	73,9	53,4
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Fundamental/Médio	59,5	57,1	62,5	47,8	58,1
Superior/Pós Graduação	40,5	42,9	37,5	52,2	41,9
<b>ÁREA PROFISSIONAL</b>					
Trabalha	ab	ab	b	c	
Trabalha Informal / Desempregado / Dona de Casa	42,8	38	20,8	73,9	39,3
	57,2	62	79,2	26,1	60,7
<b>RESIDE COM</b>					
Jovem usuário de drogas	4,7	2	0		2,1
Jovem e família	88,1	90	91,7		90
Mora só	7,2	8	8,3		7,9
<b>SOUBE POR</b>					
Mídia	71,4	74	91,7		79,3
Amigos	16,7	14	2,1	57	10,7
Serviços Médicos	2,4	6	4,1		4,3
Outros	9,5	6	2,1	43	5,7

**Notas:**

\* =  $p < 0,05$

a = difere do grupo CON

b = difere do grupo controle sem problemas de dependência química

c = difere dos 3 grupos de intervenção

**Tabela 2 - Informações sobre o uso de substâncias pelos filhos e procura de tratamento fornecidas pelos pais/responsáveis que participaram do estudo, classificados de acordo com o tipo de intervenção recebida: intervenção única – no caso do grupo controle ou intervenção de oito sessões individual ou em grupo e o comparecimento ao seguimento. Dados expressos em porcentagem, exceto se houver outra indicação.**

	IND aderiu [N=32]	IND não aderiu [N=10]	X <sup>2</sup>	Total Individual	GRU aderiu [N=37]	GRU não aderiu [N=13]	X <sup>2</sup>	Total em grupo	CON aderiu [N=26]	CON não aderiu [N=22]	X <sup>2</sup>	Total Controle	X <sup>2</sup> total	Total geral [N=140]
<b>TIPO DE DROGA</b>			7,8 p<0,05				n.s.				n.s.		n.s.	
Somente álcool	3,1	0		2,4	8,1	8,3		8	3,8	9,1		6,2		5,7
Somente drogas ilícitas	15,6	60		26,2	37,8	50		40	23,1	36,4		29,2		32,1
Álcool + drogas ilícitas	81,3	40		71,4	54,1	41,7		52	73,1	54,5		64,6		62,1
<b>FILHO PROCUROU UDED PARA SE TRATAR?</b>			n.s.				2,4 p<0,05				n.s.		9,5 p<0,05	
Sim	31,3	30		31	16,2	0		12	11,5	4,5		8,3		16,4

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos, sendo que 5,7% dos pais mencionaram que seu filho utilizava somente o álcool, 32,1% mencionaram que o filho utilizava somente drogas ilícitas e 62,1% relataram que o filho utilizava tanto álcool como outras drogas. Entre os pais participantes que receberam atendimento individual, houve diferença significativa quando comparamos os pais que concluíram a intervenção e compareceram ao seguimento e aqueles que não a concluíram: 81,3% dos pais que compareceram até o final da intervenção tinham filhos usuários de álcool e drogas ilícitas, sendo que esta proporção foi de 40% entre os pais que não concluíram a intervenção.

Quanto à informação “fornece ou não dinheiro aos filhos”, há diferença significativa entre os pais que receberam atendimento individual ou em grupo, e também há diferença significativa entre os pais do grupo IND. Entre os pais de grupo IND e GRU 71,4% e 68%, respectivamente, forneciam dinheiro regularmente ou sempre para os filhos, mesmo sabendo que estes filhos usavam drogas ( $X^2= 8,8$  e  $p=0,03$ ). Dentre os pais do grupo IND que concluíram a intervenção, 81,2% forneciam dinheiro regularmente ou sempre aos seus filhos usuários de drogas. Esta proporção foi de 40% entre os pais que não concluíram a intervenção, havendo, portanto uma diferença significativa ( $X^2= 9,4$  e  $p=0,01$ ).

Também detectamos uma diferença significativa com relação ao vínculo empregatício dos jovens: 42% dos filhos de pais que receberam o atendimento em grupo trabalhavam no início da intervenção enquanto que apenas 16,7% dos filhos de pais que receberam o atendimento individual estavam trabalhando. Após a intervenção o número de jovens que não trabalhavam era semelhante: 69% e 70% entre os pais do atendimento IND e GRU respectivamente.

Entre os jovens que vieram procurar tratamento na UDED, 31% eram filhos de pais que estavam recebendo atendimento individual, 12% eram filhos de pais que estavam recebendo atendimento em grupo e somente 8,3% deles eram do grupo de pais pertencentes ao grupo CON, sendo essa uma diferença significativa entre as amostras de atendimento.

A tabela 3 apresenta dados sobre os tipos de drogas utilizadas pelos filhos, segundo o relato dos pais. Os pais do grupo CON responderam a questão sobre as drogas utilizadas pelos filhos no Questionário de Pré-Seleção. No caso dos grupos IND e GRU, algumas informações foram adicionadas durante as oito sessões de intervenção, uma vez que os pais foram aprendendo a identificar sinais de uso de drogas até então desconhecidos.

Entre os pais que receberam intervenção individual, em grupo e controle, respectivamente, 73,8%, 66% e 73% relataram que seus filhos fumavam maconha, não havendo diferença significativa entre os grupos. Houve diferença significativa entre os pais quanto ao uso de cocaína pelos filhos: 12,5% dos pais do grupo controle afirmavam que seus filhos usavam cocaína sob a forma de pó, sendo que no grupo de atendimento individual esta porcentagem foi de 42,9% e no de atendimento em grupo de 54%. Considerando todos os grupos, 9,3% dos pais perceberam o uso de cocaína sob a forma de crack pelos filhos, sendo que os pais que receberam atendimento individual ou em grupo perceberam este tipo de comportamento na proporção de 9,5% e 14% respectivamente. Em relação as outras drogas, observou-se que dentre os três grupos somente 2,1% dos pais relatam uso de LSD pelo filho. Com relação ao êxtase, 3,6% dos pais relataram uso pelos filhos: 8% dos pais que receberam atendimento em grupo e 2,4% dos pais que receberam atendimento individual. O mesmo aconteceu com os inalantes: 3,6% pais relataram uso de inalantes pelo filho. Nenhum pai ou responsável do grupo CON mencionou uso de LSD, êxtase ou inalante por seus filhos.



**Tabela 3** - Tipos de drogas utilizadas pelos filhos, segundo o relato dos pais.  
(Valores em porcentagem).

TIPO DE DROGA	INDIVIDUAL N=42	EM GRUPO N=50	CONTROLE N=48	TOTAL N=140
ÁLCOOL	73,8	59,2	70,9	67,7
MACONHA	73,8	66	73	70,7
COCAÍNA (CRACK)	9,5	14	4,2	9,3
COCAÍNA (PÓ)	42,9	54	12,5 (19,3 $p < 0,001$ )	36,4
LSD	2,4	4	0	2,1
INALANTE	2,4	8	0	3,6
ÊXTASE	2,4	8	0	3,6

\* difere dos demais grupos (entre parênteses valor do  $X^2$  e  $p$ )

## 4.2 Análise da adesão ao programa

A tabela 4 mostra que 67,9% das pessoas que se inscreveram para participar do programa compareceram à primeira sessão, considerando os grupos (IND, GRU e CON). Não houve diferença significativa entre eles, mas observa-se que no grupo CON 45,8% daqueles que se inscreveram não concluíram a intervenção. Nos grupos IND e GRU estes números foram de 23,8% e 26% respectivamente, havendo, portanto uma diferença significativa entre os que compareceram ao seguimento de avaliação, isto é que concluíram e não concluíram a intervenção  $F(1,88)=213,8$  ( $p < 0,001$ ).

Dos pais participantes, uma mãe que recebeu atendimento individual e duas mães que receberam atendimento em grupo foram consideradas desistentes por excesso de faltas.

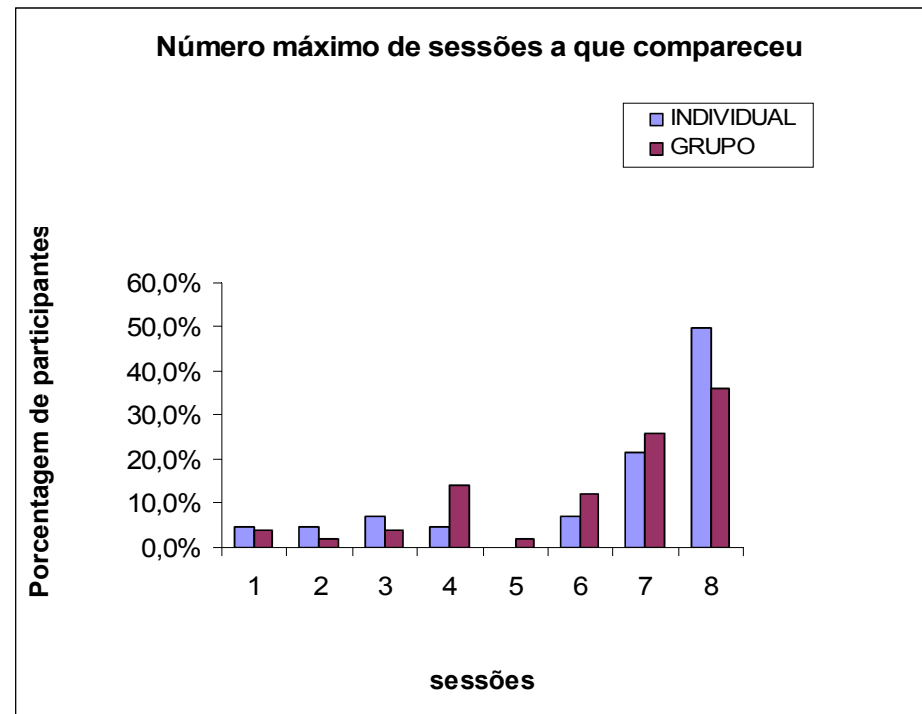
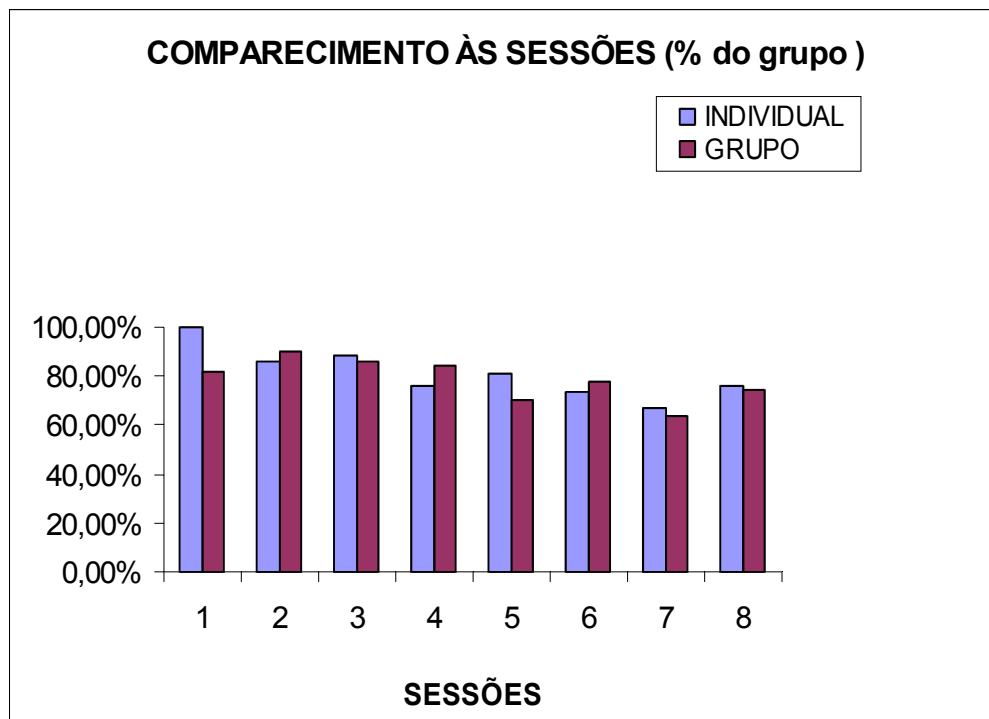
**Tabela 4** - Adesão à intervenção dos grupos que receberam intervenção individual (IND), em grupo (GRU) ou somente intervenção de acolhimento (CON). Porcentagem de participantes que compareceram ao seguimento de avaliação realizado ao final da intervenção e sessões a que compareceram (Média ± Ep, dentre um máximo possível de 8 sessões).

<b>Comparecimento ao seguimento</b>			
<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Compareceu</b>	<b>Não compareceu</b>	<b>Total (%)</b>
<b>IND</b>	76,2 (N=32)	23,8 * (N=10)	30 (N=42)
Nº de sessões	7,4 ± 0,2	2,7 ± 0,4	80,9 ± 27
<b>GRU</b>	74 (N=37)	26 (N=13)	35,7 (N=50)
Nº de sessões	7,3 ± 0,2	3,3 ± 0,3	78,5 ± 25
<b>CON</b>	54,2 (N=26)	45,8 (N=22)	34,3 (N=48)
<b>Total</b>	<b>67,9</b>	<b>32,1</b>	<b>100</b>

\*  $X^2 = 6,3$      $p=0,04$

A tabela 4 mostra que a adesão, avaliada de acordo com o número de comparecimentos às oito sessões de orientação, não foi significativamente diferente entre os pais que receberam intervenção individualmente e os que receberam em grupo. Os pais que receberam atendimento individual compareceram a 80,9% das sessões e os pais que receberam atendimento em grupo compareceram a 78,5%.

A figura 3 mostra o comparecimento a cada uma das sessões e o número máximo de sessões às quais compareceram os participantes dos grupos IND e GRU. Nota-se que entre os pais que receberam atendimento individual, 71,4% participaram de 7 ou 8 sessões e entre os pais que receberam atendimento em grupo esta porcentagem foi de 62% não havendo diferenças significativas entre as intervenções.



**Figura 3** - Porcentagem de participantes dos grupos IND e GRU que compareceram a cada uma das sessões e número máximo de sessões às quais compareceram.

### 4.3 Análise do funcionamento familiar utilizando a Escala do Ambiente Familiar (FES)

A tabela 5 apresenta os níveis médios de pontuação nas subescalas da FES antes e após as intervenções (IND, GRU, CON e CONEG). A Anova de duas vias para medidas repetidas detectou como significativa a influência do fator tempo em várias áreas, havendo também interação significativa entre os fatores tempo e grupo nas áreas de expressividade, independência e organização. Em relação ao fator tempo, observa-se aumento da pontuação entre a admissão ao tratamento e seu final, nas subescalas coesão, interesses intelectuais, lazer, organização e controle e redução da pontuação na área de conflito. Estas diferenças não foram significativas em todos os grupos, provavelmente devido ao tamanho das amostras. As diferenças significativas estão sinalizadas no corpo da tabela. Por exemplo, embora na área de **conflito** a mudança tenha sido significativa em todos os formatos de intervenção, em relação à **coesão**, foi detectada diferença significativa apenas no grupo de pais que recebeu intervenção individualmente. De modo semelhante, somente no grupo de pais que recebeu intervenção em grupo houve diferença significativa entre a pontuação antes e após a intervenção na área de **organização**. A influência do fator **grupo** foi significativa em relação às subescalas de coesão, independência, interesses intelectuais, lazer, religião, organização e controle. Observamos que o grupo CON apresentou menor pontuação que os grupos IND e GRU na área de coesão.

**Tabela 5** - Pontuação (média  $\pm$  EP) nas subescalas de funcionamento familiar da FES antes das intervenções (1) e oito semanas após (2), nos grupos que receberam intervenção de 8 sessões individualmente (IND) ou em grupo (GRU, no grupo controle de intervenção única (CON) e no grupo controle negativo (CONEG), composto por pais de jovens sem problemas associados ao uso de substâncias.

	TIPO DE INTERVENÇÃO				VALORES DE F e p					
	IND (N=32)	GRU (N=37)	CON (N=26)	CONEG (N=23)	F <sub>(3,114)</sub> Grupo	p	F <sub>(1,114)</sub> Tempo	p	F <sub>(3,114)</sub> Interação	p
COESÃO 1	37,6 $\pm$ 2,9 *	35,8 $\pm$ 2,7	32,9 $\pm$ 3,2	51,5 $\pm$ 3,4	4,2	<0,05	11,9	<0,05	2,1	n.s.
COESÃO 2	46,9 $\pm$ 3	43,6 $\pm$ 2,8	40 $\pm$ 3,3	49,6 $\pm$ 3,5						
EXPRESSIVIDADE 1	43,1 $\pm$ 1,9	41,1 $\pm$ 1,7	43,4 $\pm$ 2,1	51,3 $\pm$ 2,2	2	n.s.	1,7	n.s.	4,7	<0,05
EXPRESSIVIDADE 2	47,4 $\pm$ 1,9	47,3 $\pm$ 1,8	43 $\pm$ 2,1	47 $\pm$ 2,2						
CONFLITO 1	53,3 $\pm$ 2,2 *	55,2 $\pm$ 2,1 *	54,6 $\pm$ 2,5 *	51,2 $\pm$ 2,5	0,3	n.s.	24	<0,05	2,2	n.s.
CONFLITO 2	45,8 $\pm$ 2	48,6 $\pm$ 1,9	48,3 $\pm$ 2,2	51 $\pm$ 2,2						
INDEPENDÊNCIA 1	45,2 $\pm$ 2,1	37,6 $\pm$ 1,9	36,4 $\pm$ 2,3	48,1 $\pm$ 2,4	2,6	<0,05	0,04	n.s.	4,1	<0,05
INDEPENDÊNCIA 2	42,2 $\pm$ 2,2	41,1 $\pm$ 2	42,2 $\pm$ 2,4	49,2 $\pm$ 2,6						
REALIZAÇÃO 1	48,4 $\pm$ 1,7	48,5 $\pm$ 1,6	47,2 $\pm$ 1,9	50,5 $\pm$ 2,1	0,2	n.s.	0,3	n.s.	1,7	n.s.
REALIZAÇÃO 2	47,8 $\pm$ 1,8	50,1 $\pm$ 1,7	47,9 $\pm$ 2	46,5 $\pm$ 2,1						
INT. INTELECTUAIS 1	45 $\pm$ 2,1	41 $\pm$ 2	42 $\pm$ 2,3	49,5 $\pm$ 2,5	3,1	<0,05	5,6	<0,05	0,1	n.s.
INT. INTELECTUAIS 2	47,8 $\pm$ 2,1	43,9 $\pm$ 1,9	43,5 $\pm$ 2,3	51,3 $\pm$ 2,4						
LAZER 1	43,2 $\pm$ 2,1	41,3 $\pm$ 1,9	42,4 $\pm$ 2,3	53,4 $\pm$ 2,5	5,2	<0,05	6,8	<0,05	1,2	n.s.
LAZER 2	46,6 $\pm$ 1,9	45,9 $\pm$ 1,8	44,7 $\pm$ 2,1	53 $\pm$ 2,2						
RELIGIÃO 1	49,6 $\pm$ 1,7	53,6 $\pm$ 1,6	48,1 $\pm$ 1,9	59 $\pm$ 2	6,9	<0,05	3,3	n.s.	0,6	n.s.
RELIGIÃO 2	51 $\pm$ 1,7	56,4 $\pm$ 1,6	49,9 $\pm$ 1,9	58,8 $\pm$ 2						
ORGANIZAÇÃO 1	47,9 $\pm$ 2	45,9 $\pm$ 1,9 *	47 $\pm$ 2,2	57 $\pm$ 2,4	3,5	<0,05	6,5	<0,05	3,1	<0,05
ORGANIZAÇÃO 2	50,5 $\pm$ 2	53,6 $\pm$ 1,9	49 $\pm$ 2,2	55,8 $\pm$ 2,3						
CONTROLE 1	52,8 $\pm$ 1,7	51,6 $\pm$ 1,5	55 $\pm$ 1,8	60,8 $\pm$ 1,9	3,8	<0,05	4,8	<0,05	1,2	n.s.
CONTROLE 2	55 $\pm$ 1,7	55,7 $\pm$ 1,6	56,7 $\pm$ 1,9	60,3 $\pm$ 2						

**Notas:**

(8) \* p<0,05 difere do mesmo grupo antes da intervenção.

Visando detectar em que aspectos ocorreram as principais mudanças no relacionamento familiar, a tabela 6 apresenta as porcentagens das respostas indicativas de problemas no funcionamento familiar dadas pelos participantes dos três grupos de intervenção: IND, GRU e CON a cada uma das questões do FES, assim como as estatísticas do Teste de  $X^2$  (para comparação entre os grupos) e McNemar (comparação do mesmo grupo no momento inicial da intervenção e após oito sessões). Nesta análise o grupo CONEG não foi incluído uma vez que não recebeu nenhuma intervenção. Para facilitar a interpretação, esses dados serão comentados de modo agrupado por subescala.

**Tabela 6** - Porcentagem de respostas indicativas de problemas no funcionamento familiar nas 90 questões da escala de funcionamento familiar (FES) aplicada antes (FES1) e após um período de 8 semanas, (FES2) nos grupos que receberam intervenção individual (IND, N=32), em grupo (GRU, N=37) por oito semanas ou apenas uma única sessão de intervenção (controle com. N=26).

QUESTÃO	IND	GRU	CON	TOTAL	X <sup>2</sup>	McNemar (FES1/FES2)		
						IND (p)	GRU (p)	CON (p)
<b>q01-FES1</b>	30,3	37,5	32,3	33,65	0,5 n.s.			
q01-FES2	21,9	16,2	16	18,1	0,5 n.s.			
q02-FES1	66,7	70	42*#	60,6	6,5 (p<0,04)			
q02-FES2	40,6	45,9	40	42,5	0,3 n.s.			
q03-FES1	48,5	47,5	32,3	43,3	2,2 n.s.			
q03-FES2	21,9	29,7	36	28,7	1,4 n.s.<0,05			
q04-FES1	45,5	45	48,4	46,1	0,09 n.s.			
q04-FES2	53,1	59,4	40	52,1	2,3 n.s.			
q05-FES1	48,5	45	51,6	48,1	0,3 n.s.			
q05-FES2	46,9	35,1	56	44,7	2,7 n.s.			
q06-FES1	51,5	45	48,4	48,1	0,3 n.s.			
q06-FES2	34,4	37,8	48	39,3	1,1 n.s.			
q07-FES1	72,7	80	58,1	71,1	4,1 n.s.			
q07-FES2	65,6	72,9	60	67	1,1 n.s.			
q08-FES1	63,6	35 †*	67,7	53,8	9,4 (p<0,008)			
q08-FES2	71,9	7,8 †*	60	55,3	8,3 (p<0,01)			
q09-FES1	75,7	70	54,8	67,3	3,4 n.s.			
q09-FES2	65,6	48,6	64	58,5	2,4 n.s.			
q10-FES1	54,5	52,5	38,7	49	1,9 n.s.			
q10-FES2	59,3	70,2	40	58,5	5,6 n.s.			
q11-FES1	45,4	55	58	52,9	1,1 n.s.			
<b>q11-FES2</b>	40,6	48,6	48	45,7	0,5 n.s.			
q12-FES1	45,4	35	45,1	41,3	1,1 n.s.			
q12-FES2	40,6	35,1	68*#	45,7	7 (p<0,03)			
q13-FES1	54,5	62,5	77,4	64,4	3,7 n.s.			
q13-FES2	53,1	56,7	68	58,5	1,3 n.s.			
q14-FES1	21,2	30	38,7	29,8	2,3 n.s.			
q14-FES2	15,6	24,3	24	21,3	0,9 n.s.			
q15-FES1	24,2	27,5	32,2	27,9	0,5 n.s.			
q15-FES2	21,8	32,4	28	27,66	0,9 n.s.			
q16-FES1	60,6	65	74,2	66,3	1,3 n.s.			
q16-FES2	53,1	59,4	68	59,5	1,3 n.s.			
q17-FES1	72,7	60	61,3	64,4	1,4 n.s.			
q17-FES2	56,2	67,5	52	59,5	1,7 n.s.			
q18-FES1	33,3	40	42	38,4	0,5 n.s.			
q18-FES2	25	21,6	32	25,5	0,8 n.s.		<0,05	
q19-FES1	27,3	35	35,5	32,7	0,6 n.s.			
q19-FES2	18,7	27	36	26,6	2,1 n.s.			
q20-FES1	57,6	77,5 † *	45,1	61,5	8 (p<0,016)			
q20-FES2	43,7	37,8	52	43,6	1,2 n.s.		<0,05	

\* difere de IND # difere de GRU † difere de CON



**Tabela 6 [cont.]** - Porcentagem de respostas indicativas de problemas no funcionamento familiar nas 90 questões da escala de funcionamento familiar (FES) aplicada antes (FES1) e após um período de 8 semanas, (FES2) nos grupos que receberam intervenção individual (IND, N=32), em grupo (GRU, N=37) por oito semanas ou apenas uma única sessão de intervenção (controle com. N=26)..

QUESTÃO	IND	GRU	CON	TOTAL	X <sup>2</sup>	McNemar (FES1/FES2)		
						IND (p)	GRU (p)	CON (p)
<b>q21-FES1</b>	27,3	37,5	45,1	36,5	2,2 n.s.			
q21-FES2	12,5	27	32	23,4	3,4 n.s.			
q22-FES1	60,6	62,5	58	60,6	1,1 n.s.			
q22-FES2	46,9	48,6	72	54,2	4,3 n.s.			
q23-FES1	45,4	55	38,7	47,1	1,9 n.s.			
q23-FES2	9,4	27	24	20,2	3,6 n.s.	<0,05	<0,05	
q24-FES1	27,2	32,5	19,3	26,9	1,5 n.s.			
q24-FES2	43,7	24,3	24	30,8	3,7 n.s.			
q25-FES1	69,7	82,5	58	67,3	1,7 n.s.			
q25-FES2	68,7	78,4	88	77,6	3 n.s.			<0,05
q26-FES1	12,1	17,5	19,3	16,3	0,6 n.s.			
q26-FES2	3,1	13,5	20	11,7	4 n.s.			
q27-FES1	51,5	52,5	38,7	48,1	1,5 n.s.			
q27-FES2	46,9	40,5	60	47,9	2,3 n.s.			
q28-FES1	48,5	42,5	61,3	50	2,5 n.s.			
q28-FES2	31,2	45,9	56	43,6	3,6 n.s.			
q29-FES1	30,3	47,5	22,6	34,6	5,2 n.s.			
q29-FES2	21,9	16,2	36	23,4	3,3 n.s.		<0,05	
q30-FES1	21,2	25	25,8	24	0,2 n.s.			
q30-FES2	34,4	21,6	28	27,6	1,4 n.s.			
<b>q31-FES1</b>	42,4	40	45,1	42,3	0,2 n.s.			
q31-FES2	25	18,9	28	23,4	0,8 n.s.		<0,05	
q32-FES1	42,4	45	61,3	49	2,7 n.s.			
q32-FES2	34,4	27	44	34	1,9 n.s.			
q33-FES1	48,5	55	51,6	51,9	0,3 n.s.			
q33-FES2	37,5	48,6	36	41,5	1,3 n.s.			
q34-FES1	48,5	47,5	41,9	46,1	0,3 n.s.			
q34-FES2	46,7	37,8	32	60,6	1,3 n.s.			<0,05
q35-FES1	69,7	62,5	54,8	62,5	1,5 n.s.			
q35-FES2	59,4	56,7	52	56,4	0,3 n.s.			
q36-FES1	39,4	50	45,1	45,2	0,8 n.s.			
q36-FES2	15,6#	†40,5	48	34	7,6 (p<0,01)	<0,05		
q37-FES1	81,8	70	80,6	76,9	1,7 n.s.			
q37-FES2	78,1	51,3†	* 76	67	6,8 (p<0,03)			
q38-FES1	51,5	22,5†	* 45,1	38,4	7,2 (p<0,02)			
q38-FES2	53,1	40,5	52	47,8	1,3 n.s.		<0,05	
q39-FES1	18,2#	† 42,5	38,7	33,6	5,3 (p<0,06)			
q39-FES2	15,6	27	24	22,3	1,3 n.s.			
q40-FES1	45,4	65	51,6	54,8	2,9 n.s.			
q40-FES2	34,4	45,9	44	41,5	1 n.s.			

\* difere de IND # difere de GRU † difere de CON

**Tabela 6 [cont.]**- Porcentagem de respostas indicativas de problemas no funcionamento familiar nas 90 questões da escala de funcionamento familiar (FES) aplicada antes (FES1) e após um período de 8 semanas, (FES2) nos grupos que receberam intervenção individual (IND, N=32), em grupo (GRU, N=37) por oito semanas ou apenas uma única sessão de intervenção (controle com. N=26).

QUESTÃO	IND	GRU	CON	TOTAL	X <sup>2</sup>	McNemar (FES1/FES2)		
						IND (p)	GRU (p)	CON (p)
<b>q41-FES1</b>	69,7	72,5	74,2	72,1	1,7 n.s.			
q41-FES2	53,1	48,6	64	54,2	1,4 n.s.			
q42-FES1	54,5	52,5	54,8	53,8	0,4 n.s.			
q42-FES2	56,2	43,2	40	46,8	1,8 n.s.			
q43-FES1	63,6	65	80,6	69,2	2,7 n.s.			
q43-FES2	46,9	43,2	52	46,8	0,5 n.s.	<0,05	<0,05	
q44-FES1	27,2	52,5	38,7	40,4	4,8 n.s.			
q44-FES2	28,1	37,8	32	33	0,7 n.s.			
q45-FES1	6#†	32,5	29	23,1	8 (p<0,008)			
q45-FES2	9,4	2,7† *	24	10,6	7,2 (p<0,02)	<0,05		
q46-FES1	45,4	67,5	58	57,7	3,6 n.s.			
q46-FES2	50	54	60	54,2	0,5 n.s.	<0,05		
q47-FES1	30,3	37,5	51,6	39,4	3,1 n.s.			
q47-FES2	21,9	27	40	28,7	2,3 n.s.			
q48-FES1	21,2	25	25,8	24	0,2 n.s.			
q48-FES2	9,4	16,2	20	14,9	1,3 n.s.			
q49-FES1	45,4	42,5	35,5	41,3	0,7 n.s.			
q49-FES2	53,1	29,7	40	40,4	3,9 n.s.			
q50-FES1	33,3	47,5	38,7	40,4	1,5 n.s.			
q50-FES2	18,7	29,7	32	26,6	1,5 n.s.			
q51-FES1	36,3	50	48,4	45,2	1,5 n.s.			
<b>q51-FES2</b>	18,7	40,5	36	31,9	4 n.s.			
q52-FES1	69,7	72,5	77,4	73,1	0,5 n.s.			
q52-FES2	56,2	56,7	68	59,5	1 n.s.			
q53-FES1	21,2	37,5	32,2	30,7	2,3 n.s.			
q53-FES2	9,4	21,6	8	13,8	3,1 n.s.		<0,05	
q54-FES1	54,5	72,5	71	66,3	3,0 n.s.			
q54-FES2	62,5	59,4	48	57,4	1,3 n.s.		<0,05	
q55-FES1	33,3	35	32,2	33,6	0,6 n.s.			
q55-FES2	43,7	29,7	36	36,1	1,5 n.s.			
q56-FES1	57,6	67,5	64,5	63,4	0,8 n.s.			
q56-FES2	62,5	62,1	60	61,7	0,04 n.s.			
q57-FES1	54,5	60	58,1	57,7	0,2 n.s.			
q57-FES2	37,5	43,2	36	39,3	0,4 n.s.			
q58-FES1	18,2	20	29	22,1	1,2 n.s.			
q58-FES2	18,7	13,5	16	15,9	0,4 n.s.			
q59-FES1	48,5	57,5	64,5	56,7	1,7 n.s.			
q59-FES2	53,1	40,5	56	48,9	1,8 n.s.			
q60-FES1	66,6	50	51,6	55,7	2,3 n.s.			
q60-FES2	65,6	62,1	64	63,8	0,8 n.s.			

\* difere de IND # difere de GRU † difere de CON

**Tabela 6 [cont.]** - Porcentagem de respostas indicativas de problemas no funcionamento familiar nas 90 questões da escala de funcionamento familiar (FES) aplicada antes (FES1) e após um período de 8 semanas, (FES2) nos grupos que receberam intervenção individual (IND, N=32), em grupo (GRU, N=37) por oito semanas ou apenas uma única sessão de intervenção (controle com. N=26).

QUESTÃO	IND	GRU	CON	TOTAL	X <sup>2</sup>	McNemar (FES1/FES2)		
						IND (p)	GRU (p)	CON (p)
<b>q61-FES1</b>	51,5	60	64,5	58,6	1,1 n.s.			
q61-FES2	31,2	32,4	60 *#	39,3	6 (p<0,04)		<0,05	
q62-FES1	18,2#†	50	35,5	35,6	8 (p<0,01)			
q62-FES2	25	32,4	24	27,6	0,7 n.s.			
q63-FES1	21,2	35	25,8	27,9	1,8 n.s.			
q63-FES2	9,4	10,8	24	13,8	2,3 n.s.		<0,05	
q64-FES1	12,1	27,5	29	23	3,3 n.s.			
q64-FES2	3,1	13,5	20	11,7	4 n.s.			
q65-FES1	36,3	35	54,8	41,3	3,3 n.s.			
q65-FES2	34,4	29,7	32	31,9	0,2 n.s.			
q66-FES1	81,8	85	80,6	82,7	0,2 n.s.			
q66-FES2	75	81,1	76	77,6	0,4 n.s.			
q67-FES1	30,3	50	51,6	44,2	3,8 n.s.			
q67-FES2	28,1	29,7	48	34	3 n.s.			
q68-FES1	78,8	82,5	74,2	78,8	0,7 n.s.			
q68-FES2	78,1	59,4	80	71,3	4 n.s.			
q69-FES1	54,5	60	54,8	56,7	0,3 n.s.			
q69-FES2	37,5	24,3	40	33	2,1 n.s.		<0,05	
q70-FES1	30,3	30	25,8	28,8	0,2 n.s.			
q70-FES2	25	18,9	20	21,3	0,4 n.s.			
<b>q71-FES1</b>	45,4	50	42	46,1	0,4 n.s.			
q71-FES2	34,4	43,2	44	40,4	0,7 n.s.			
q72-FES1	54,5	50	25,8# *	44,2	6,2 (p<0,04)			
q72-FES2	65,6	70,2	52	63,8	2,2 n.s.		<0,05	
q73-FES1	36,3	35	32,2	34,6	0,1 n.s.			
q73-FES2	18,7	24,3	24	22,3	0,3 n.s.			
q74-FES1	48,5	55	58	53,8	0,6 n.s.			
q74-FES2	50	48,6	56	51	0,3 n.s.			
q75-FES1	33,3	32,5	35,5	33,6	0,7 n.s.			
q75-FES2	34,4	27	16	26,6	2,5 n.s.			
q76-FES1	51,5	75	70,1	66,35	4,9 n.s.			
q76-FES2	46,9	56,7	56	53,2	0,8 n.s.			
q77-FES1	57,6	60	51,6	56,7	0,5 n.s.			
q77-FES2	46,9	48,6	40	45,7	0,5 n.s.			
q78-FES1	48,5	42,5	54,8	48,1	1,1 n.s.			
q78-FES2	43,7	18,9†*	48	35,1	7,2 (p<0,02)		<0,05	
q79-FES1	45,4	52,5	38,7	46,1	1,3 n.s.			
q79-FES2	40,6	35,1	32	36,17	0,5 n.s.			
q80-FES1	78,8	60	58	65,4	3,8 n.s.			
q80-FES2	75	56,8	56	62,8	3,1 n.s.			

\* difere de IND # difere de GRU † difere de CON

**Tabela 6 [cont.]** - Porcentagem de respostas indicativas de problemas no funcionamento familiar nas 90 questões da escala de funcionamento familiar (FES) aplicada antes (FES1) e após um período de 8 semanas, (FES2) nos grupos que receberam intervenção individual (IND, N=32), em grupo (GRU, N=37) por oito semanas ou apenas uma única sessão de intervenção (controle com. N=26).

QUESTÃO	IND	GRU	CON	TOTAL	X <sup>2</sup>	McNemar (FES1/FES2)		
						IND (p)	GRU (p)	CON (p)
<b>q81-FES1</b>	54,5	52,5	58	54,8	0,2 n.s.			
q81-FES2	34,4	46	40	40,4	0,9 n.s.			
q82-FES1	48,5	57,5	54,8	53,8	0,6 n.s.			
q82-FES2	21,9	29,7	48	31,9	4,5 n.s.	<0,05	<0,05	
q83-FES1	39,4	32,5	42	37,5	0,7 n.s.			
q83-FES2	31,2	27	20	26,6	0,9 n.s.			<0,05
q84-FES1	21,2	37,5	35,5	31,7	2,5 n.s.			
q84-FES2	25	18,9	20	21,3	0,4 n.s.			
q85-FES1	51,5	45	45,1	47,1	0,3 n.s.			
q85-FES2	68,7	56,8	52	59,6	1,8 n.s.			
q86-FES1	36,3	35	32,2	34,6	2,3 n.s.			
q86-FES2	40,6	46	20	37,23	4,5 n.s.			
q87-FES1	54,5	75	74	68,3	4,2 n.s.			
q87-FES2	50	64,8	68	60,6	2,3 n.s.			
q88-FES1	60,6	50	58	55,7	0,9 n.s.			
q88-FES2	68,7	37,8†*	60	54,2	7 (p<0,02)			
q89-FES1	48,5	37,5	48,4	44,2	1,2 n.s.			
q89-FES2	37,5	35,1	44	38,3	0,5 n.s.			
q90-FES1	33,3	32,5	29	31,7	0,1 n.s.			
q90-FES2	25	24,3	20	23,4	0,2 n.s.			

\* difere de IND # difere de GRU † difere de CON






















	IND	GRU	CON	CONEG
 Melhora na área		 Q31,61		
 Melhora na questão	 Q 82	 Q 82	 Q12, 72	
 Piora na questão	 Q3,23	 Q23,43,63	 Q43,53,83	
			 Q34, 54	
		 Q 45	 Q25	
	 Q 36	 Q 46		
		 Q 18,78	 Q 38	
		 Q 29,69		
		 Q 20		

Figura 4 - Esquema representando o sentido das principais mudanças no funcionamento familiar e as questões significativamente alteradas na Escala do Ambiente Familiar (FES) após as intervenções nos grupos IND, GRU, CON e CONEG.

#### 4.3.1 Coesão

As questões de final 1 geram a pontuação na área de coesão. Nesta área, a significância do fator tempo indica que houve diferença na pontuação média nesta subescala, entre as ocasiões. Entretanto, observamos que no seguimento somente o grupo IND apresentou aumento significativo, indicando aumento da coesão familiar. (ver Tabela 5).

A análise da frequência de respostas indicadoras de problemas nas questões individuais (tabela 6) mostra que somente no grupo GRU houve redução

significativa entre os valores basais e no seguimento em relação às questões 31 (sentimento de união familiar) e 61 (espírito de grupo) indicando melhora de relacionamento. Na questão 61 também houve redução estatisticamente não significativa da pontuação no seguimento no grupo IND indicando relativa melhora na coesão familiar.

#### **4.3.2 Expressividade**

As questões de final 2 geram a pontuação na área de expressividade. Houve interação entre os fatores tempo e grupo em relação a esta subescala, embora cada fator isoladamente não tenha sido significativo. Por ocasião do seguimento, os grupos IND e GRU apresentaram discreto aumento nas médias de expressividade enquanto o grupo CONEG apresentou redução não significativa de problemas nesta área.

Em relação à questão 2 (não expressar sentimentos), por ocasião da admissão, os grupos IND e GRU apresentaram proporções semelhantes de pessoas com resposta indicativa de problemas, significativamente maiores do que a encontrada no grupo CON. Por ocasião do seguimento não foram detectadas diferenças entre os grupos, indicando melhora na expressividade dos grupos que receberam intervenção. Na questão 12 (liberdade de expressão) não foram detectadas diferenças basais entre os grupos, mas por ocasião do seguimento, o grupo CON apresentou proporção significativamente maior de pessoas com problemas do que os demais. Quanto à questão 62 (assuntos financeiros são tratados abertamente) havia diferença basal entre os grupos, sendo que o grupo IND apresentava menor porcentagem de problemas antes do início da intervenção. Por ocasião do seguimento não havia diferença entre os grupos.

Em relação à questão 72 (cuidado ao falar com familiares) o grupo CON apresentou níveis significativamente menores de problemas que os demais na primeira aplicação da Escala do Ambiente Familiar. Por ocasião do seguimento houve aumento significativo nas proporções de pessoas com problemas no grupo CON.

Na questão 82 (há conversas espontâneas) houve redução significativa nas respostas indicativas de problemas no seguimento nos grupos IND e GRU, indicando aumento de conversas espontâneas.

Nas demais questões desta área não foram detectadas diferenças entre os grupos ou entre as ocasiões.

### **4.3.3 Conflito**

As questões de final 3 geram a pontuação na área de conflito. Nesta área, quanto maior a pontuação pior o ambiente familiar, pois há mais conflito. A tabela 5 mostra que houve influência significativa do fator tempo. No seguimento todos os grupos, com exceção do grupo CONEG, apresentaram diminuição significativa nas médias desta subescala, indicando redução dos níveis de conflito.

Na análise das questões individuais, observa-se que em relação ao grupo IND, na questão 3 (há muitas brigas) houve redução da porcentagem de respostas sugestivas de problemas no seguimento indicando menor quantidade de brigas. No grupo GRU houve diminuição não significativa do nível de conflito.

Na questão 23 (quando bravas, as pessoas atiram coisas) houve diferença entre as médias basais e as do seguimento nos grupos GRU e IND apontando para uma redução deste tipo de situações conflituosas

Em relação à questão 43 (há críticas frequentes entre os entes), não havia diferenças basais entre os grupos, mas houve redução significativa das respostas indicativas de problemas no seguimento nos grupos GRU e CON. Também houve diminuição não significativa no nível de conflito no grupo IND. Na questão 53 (familiares se pegam a tapas) houve redução significativa das respostas indicadoras de problema no seguimento em relação ao grupo CON e observou-se diminuição não significativa deste tipo de comportamento nos demais grupos.

Quanto à tentativa de amenizar desentendimentos (questão 63), não havia diferenças basais entre os grupos, mas houve redução significativa no grupo GRU no seguimento apontando para um ambiente com menor quantidade de

desentendimentos. Houve diminuição destes valores também no grupo IND, mas não significativa.

Na questão 83 (levantar o tom de voz), no seguimento houve indicação de menor nível de conflito em todos os grupos, mas a diferença foi significativa somente no grupo CON.

#### **4.3.4 Independência**

As questões de final 4 geram a pontuação na área de independência. Houve influência significativa nesta área do fator grupo, mas não quanto ao fator tempo, embora tenha ocorrido interação entre os fatores.

Na questão 34 (regras para entrar e sair de casa) houve diferença significativa somente no seguimento do grupo CON, indicando que houve maior quantidade de regras após a intervenção única. O GRU também apresentou aumento na quantidade de regras ao final da intervenção, mas não foi significativa.

Em relação à questão 54 (as pessoas são autossuficientes quando surge um problema) no seguimento do grupo CON houve redução significativa de repostas sugestivas de problemas.

#### **4.3.5 Realização**

As questões de final 5 geram a pontuação na área de realização. De modo geral, não houve diferença significativa nesta área entre os grupos, não havendo influência do fator tempo nem interação entre os fatores. Entretanto, considerando-se comparações não protegidas pela ANOVA, na questão 25 (não importa quanto dinheiro uma pessoa ganha) houve diferença significativa somente no seguimento do grupo CON (aumento de problemas). Em relação à questão 45 (esforço para fazer melhor as coisas) havia diferença basal entre o grupo IND, que apresentava menos problemas dos demais. Por ocasião do seguimento, houve melhora nos níveis de realização no grupo GRU, em relação a seu basal e os grupos que receberam intervenção apresentaram menores porcentagens de repostas indicativas de problemas que o grupo CON.



#### **4.3.6 Interesses Intelectuais**

As questões de final 6 geram a pontuação na área de interesses intelectuais. Houve influência significativa dos fatores grupo e tempo. Todos os grupos apresentaram aumento das médias, indicando aumento dos interesses intelectuais, mas esta diferença não foi significativa ao se considerar cada grupo isoladamente.

Quanto à questão 36 (interesse em atividades culturais) detectamos maior interesse em atividades culturais ao término da intervenção na avaliação do seguimento no grupo IND.

Na questão 46 (presença de discussões sobre assuntos intelectuais) o grupo GRU apresentou redução significativa no seguimento (menor interesse em assuntos intelectuais).

#### **4.3.7 Lazer**

As questões de final 7 geram a pontuação na área de lazer. Os grupos diferiram entre si quanto à pontuação média na subescala de lazer (fator grupo) e houve influência significativa do fator tempo. Os grupos apresentaram aumento não significativo das médias sugerindo maiores períodos de lazer, com exceção do grupo CONEG no qual não foi observada alteração da média.

Na questão 37 (ir ao cinema, jogos) não havia diferença significativa basal entre os grupos, mas houve diferença significativa no grupo GRU por ocasião do seguimento, apontando para aumento deste tipo de lazer.

#### **4.3.8 Religião**

As questões de final 8 geram a pontuação na área de interesses religiosos. Houve influência do fator grupo, com maiores níveis de religiosidade no GRU.

No seguimento os grupos apresentaram apenas um aumento não significativo das médias, indicando discreto aumento dos interesses religiosos.

Na questão 8 havia diferença entre o nível basal dos grupos CON e IND e aqueles do grupo GRU, cujos membros frequentavam com maior assiduidade a Igreja ou outro culto religioso.

Na questão 18 (se há costume de rezar) houve uma diferença significativa no seguimento do grupo GRU com aumento do comportamento de rezar.

Na questão 38 (crença em céu e inferno), havia uma diferença basal entre o grupo GRU e os grupos CON e IND, sendo o grupo GRU mais crente que os demais. Por ocasião do seguimento, o grupo GRU apresentou redução na crença em “céu e inferno” (o que, segundo os autores da escala, indicaria menor interesse religioso).

Na questão 78 (a Bíblia é um livro muito importante) não havia diferenças basais entre os grupos. No seguimento, houve aumento na crença sobre a importância da Bíblia em todos os grupos, mas a diferença só foi significativa no grupo GRU.

Na questão 88 (crença de que se alguém pecar será punido) não havia diferenças basais, mas no seguimento o grupo GRU apresentou menor porcentagem de pessoas que não acreditavam nisso.

#### **4.3.9 Organização**

As questões de final 9 geram a pontuação na área de organização. Houve influência significativa dos fatores grupo, tempo e também interação entre os fatores.

No seguimento, somente o grupo GRU apresentou aumento significativo na pontuação, apontando para maior organização familiar. Os demais grupos aumentaram a pontuação de modo não significativo, com exceção do grupo CONEG, que teve diminuição de sua média.

Em relação à questão 29 (é difícil achar objetos perdidos em casa) houve diferença significativa no seguimento do grupo GRU, apontando para maior organização familiar.

Na questão 39 (importância da pontualidade), o nível basal do grupo IND já indicava baixos níveis de problemas e houve maior valorização da pontualidade embora estatisticamente não significativa nos demais grupos.

Em relação à questão 69 (obrigações de cada ente são definidas), no seguimento todos os grupos apresentaram redução de problemas nesta subescala, mas a única diferença significativa foi no grupo GRU.

#### **4.3.10 Controle**

As questões de final 10 geram a pontuação na área de controle. Houve influência significativa dos fatores grupo e tempo.

No seguimento, os grupos mostraram aumento das médias, indicando maior domínio das regras da casa, mas de modo não significativo, com exceção do grupo CONEG no qual não houve alteração da média.

Na questão 20 havia uma diferença significativa no nível basal: o grupo CON apresentava menores proporções de pessoas com respostas sugestivas de problema de controle que os demais. No seguimento, os grupos, GRU e IND, apresentaram melhora no funcionamento familiar, significativa apenas no grupo GRU.

Para comparação do funcionamento familiar dos que aderiram às intervenções de oito semanas e dos que a abandonaram foi elaborada a tabela 7, na qual são apresentadas as pontuações (média  $\pm$  EP) nas subescalas de funcionamento familiar da FES antes das intervenções considerando aqueles que aderiram à intervenção e os que não a concluíram. A ANOVA de duas vias para medidas repetidas detectou como não significativa a influência do fator adesão, indicando que os participantes que concluíram a intervenção possuíam valores basais nas subescalas da FES similares aos que não a concluíram. Os grupos diferiram apenas na subescala religião. De modo geral, observa-se que os que aderiram às intervenções e os que a abandonaram apresentavam níveis basais semelhantes nas diversas subescalas de funcionamento familiar.

**Tabela 7 – Pontuações (média ± EP) nas subescalas de funcionamento familiar da FES antes das intervenções considerando os grupos de intervenção: 8 sessões individuais (IND) ou em grupo (GRU) ou sessão única (CON) e aqueles que aderiram a intervenção e os que não a abandonaram.**

Valores de FES 1	ADERIU			NÃO ADERIU			F TIPO INTERVENÇÃO	F ADESAO	F INTERAÇÃO DO TIPO DE INTERVENÇÃO E A ADESAO
	INDIVIDUAL (N=32)	EM GRUPO (N=37)	CONTROLE (N=26)	INDIVIDUAL (N=10)	EM GRUPO (N=13)	CONTROLE (N=22)			
	média EP	média EP	média EP	média EP	média EP	média EP	gl 2,134	gl 1,134	gl 2,134
COESAO	37,6 ± 3,1	35,8 ± 2,9	33 ± 3,5	39,7 ± 5,6	36,1 ± 4,9	38,8 ± 3,8	0,3	0,6	0,3
EXPRESSIVIDADE	43,1 ± 1,9	41,1 ± 1,8	43,5 ± 2,1	39,7 ± 3,4	43,8 ± 3	42,7 ± 2,3	0,2	0,04	0,7
CONFLITO	53,3 ± 2,1	55,2 ± 2	54,6 ± 2,4	53,2 ± 3,8	50 ± 3,4	53 ± 2,6	0,1	1	0,4
INDEPENDENCIA	45 ± 2 *	37,6 ± 1,9	36,4 ± 2,2	33,8 ± 3,6	36,4 ± 3,1	42,1 ± 2,4	0,5	1,2	5,3 #
REALIZACAO	48,4 ± 1,8	48,5 ± 1,7	47,3 ± 2	48,9 ± 3,2	45,6 ± 2,8	49,8 ± 2,2	0,3	0,001	0,7
INT. INTELECTUAIS	45 ± 2	41 ± 1,9	42,1 ± 2,3	43,4 ± 3,7	42,1 ± 3,2	44 ± 2,5	0,4	0,04	0,2
LAZER	43,2 ± 2	41,4 ± 1,9	42,4 ± 2,2	39,1 ± 3,6	41,6 ± 3,2	43,3 ± 2,4	0,2	0,2	0,5
RELIGIAO	49,7 ± 1,7	53,6 ± 1,6#	48,1 ± 2	52,5 ± 3,1	58,3 ± 2,8	49,7 ± 2,1	5,4 #	2,6	0,2
ORGANIZACAO	47,9 ± 2,2	45,9 ± 2	47 ± 2,5	47,7 ± 4	52,4 ± 3,5	47,6 ± 2,7	0,2	2	0,8
CONTROLE	52,9 ± 1,6	51,6 ± 1,5 *	55 ± 1,8	49,7 ± 2,9	60,6 ± 2,6	55,9 ± 2	2,7	1,7	4 #

\* p<0,05 difere dos que não aderiram.

# p<0,05

#### **4.4 Análise dos relatos das sessões**

A tabela 8 mostra os principais comportamentos e sentimentos relatados pelos pais participantes das intervenções individuais e em grupo e registrados pelos terapeutas no momento da admissão e ao seu término. Para cada grupo foi realizada uma comparação das pontuações antes e após intervenção, utilizando-se o teste de Wilcoxon. Para comparação entre os dois grupos (IND e GRU) foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

Sentimentos de culpa elevados foram relatados pela maioria dos pais, principalmente nos que receberam intervenção em grupo. A frase “onde foi que eu errei” era um tema muito frequente nas sessões e também um dos temas principais da intervenção de acolhimento.

**Tabela 8 – Principais sentimentos e comportamentos relatados pelos pais e registrados pelos terapeutas (medianas e intervalo interquartil da pontuação em escala do tipo “Likert”, aplicada aos pais dos grupos que receberam intervenção individual ou em grupo por ocasião da admissão ao programa (antes) e ao seu término (depois). IND: N= 32 e GRU: N=37**

SENTIMENTOS E COMPORTAMENTOS	MOMENTO AVALIADO	Amplitude da pontuação	INTERVENÇÃO INDIVIDUAL			INTERVENÇÃO EM GRUPO			U de Mann-Whitney	p (Mann-Whitney)
			MEDIANA	INTERVALO INTERQUARTIL	p (Wilcoxon)	MEDIANA	INTERVALO INTERQUARTIL	p (Wilcoxon)		
RELACIONADOS A AMBIENTE FAMILIAR RUIM	HÁ CULPA?	ANTES	(zero a três)	2	1		3	2	771	n.s.
		DEPOIS		1	1	p<0,05	1	2	602	n.s.
	FILHO ESTÁ USANDO?	ANTES	(zero a três)	2	2		3	2	694	p=0,051
		DEPOIS		1	1	p<0,05	1	2,5	622	n.s.
	HÁ BRIGAS?	ANTES	(zero a três)	2	2		2	1	767	n.s.
		DEPOIS		1	0	p<0,05	1	1	547	n.s.
	É FACILITADOR?	ANTES	(zero a três)	2	1		3	1	744	n.s.
		DEPOIS		1	1	p<0,05	1	2	547	n.s.
	O PAI/MÃE MINIMIZA O USO DE DROGAS DO FILHO?	ANTES	(zero a dois)	1	1		2	1	610	p<0,05
		DEPOIS		0	1	p<0,05	0	1	624	n.s.
	HÁ SENTIMENTO DE RAIVA DO FILHO?	ANTES	(zero a dois)	1	1		0	1	577	p<0,05
		DEPOIS		1	1	p<0,05	1	1	595	n.s.
	HÁ SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA PERANTE O FILHO?	ANTES	(zero a dois)	2	0		2	1	681	p<0,05
		DEPOIS		1	2	p<0,05	1	2	624	n.s.
RELACIONADOS A AMBIENTE FAMILIAR SAUDÁVEL	SENTE ANSIEDADE?	ANTES	(zero a dois)	2	0		2	1	876	n.s.
		DEPOIS		1	1	p<0,05	2	1	499	n.s.
	JÁ HAVIA METAS DO TRATAMENTO?	ANTES	(zero a três)	0	1		1	2	517	p<0,05
		DEPOIS		2	1	p<0,05	2	1	626	n.s.
	ESTABELECE LIMITES?	ANTES	(zero a três)	0	1		1	1	476	p<0,05
		DEPOIS		2	1	p<0,05	1	1	604	n.s.
	HÁ HORÁRIOS ESTABELECIDOS?	ANTES	(zero a dois)	0,5	1		1	1	736	n.s.
		DEPOIS		1	1	p<0,05	1	2	516	n.s.
	FILHO AJUDA NAS TAREFAS DOMÉSTICAS?	ANTES	(zero a dois)	0	1		0	2	683	p<0,05
		DEPOIS		1	2	p<0,05	1	2	567	p=0,051

Foram detectadas diferenças significativas (todas no sentido de melhora do funcionamento familiar) entre as situações “antes” e “depois” em relação a todos os comportamentos e sentimentos avaliados no grupo que recebeu atendimento individual. Mudanças semelhantes foram observadas nos que receberam atendimentos em grupo, exceto quanto ao estabelecimento de **limites**, **horários** e ajuda nas **tarefas** domésticas.

Os grupos IND e GRU partiram de pontuações diferentes no início da intervenção em *seis* áreas: **metas** e **limites** estabelecidos; realização de **tarefas** domésticas pelo jovem; sentimentos de **negação**, **raiva**, **impotência**. Porém ao término da intervenção observou-se que havia somente *uma* diferença significativa entre os grupos (sensação de alívio). Entre os pais que receberam atendimento em grupo, as variáveis que apresentam maior diferença antes e depois da intervenção foram: sentimento de culpa; uso de drogas pelo filho; comportamento facilitador e comportamento de minimização do problema em relação ao uso de drogas do filho. Entre os pais que receberam atendimento individual, as variáveis que apresentam maior diferença antes e depois da intervenção foram: presença de metas e estabelecimento de limites.

A análise das correlações entre os sentimentos e comportamentos observados encontra-se na tabela 9. Observamos correlação moderada (0,60) e significativa entre o relato dos pais de uso de drogas pelos filhos e a existência de brigas. Além disso, quanto maior o comportamento de **facilitação** dos pais, maior a tentativa de minimização do uso de drogas do filho (0,60). Thomas et al. (1990) já indicavam a relação entre estes dois comportamentos. O estabelecimento de **horários** para os filhos também se correlacionou com o maior empenho dos filhos em realizar **tarefas** domésticas (0,61). Ao final de intervenção, quanto maior o sentimento de **culpa**/responsabilidade pelo uso de drogas do filho, também maior era o comportamento **facilitador**. (0,60). Aqueles pais que estabeleceram **metas** ao final da intervenção também foram os que mais estabeleceram **limites** aos filhos (0,71). Os pais que conseguiram estabelecer **limites** aos filhos também foram os que estabeleceram **horários** mais rígidos no ambiente doméstico (0,68) e conseguiram que os filhos ajudassem nas tarefas domésticas (0,71). Também detectamos correlação entre estabelecimento de horários e tarefas (0,68). Os pais

que se sentiam mais **impotentes** ao final da intervenção foram também aqueles que se sentiam mais **ansiosos** (0,61). Não houve correlação relevante entre os terapeutas e as variáveis estudadas.



**Tabela 9** - Correlações entre os escores atribuídos pelos terapeutas aos sentimentos e comportamentos relatados pelos pais dos grupos que receberam intervenção individual ou em grupo, por ocasião da admissão ao programa (antes) e ao seu término (depois). **IND: N= 32 e GRU: N=37**

	TERAPEUTA	HÁ CULPA?	FILHO ESTÁ USANDO?	HÁ BRIGAS?	É FACILITADOR?	HÁ METAS?	HÁ LIMITES?	HÁ HORÁRIOS ESTABELECIDOS?	FILHO AJUDA NAS TAREFAS DOMÉSTICAS?	O PAI/MÃE NEGA O USO DE DROGAS DO FILHO?	HÁ SENTIMENTO DE RAIVA DO FILHO?	HÁ SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA PERANTE O FILHO?	SENTE ANSIEDADE?	SENTE ALÍVIO?	HÁ CULPA?	FILHO ESTÁ USANDO?	HÁ BRIGAS?	É FACILITADOR?	HÁ METAS?	HÁ LIMITES?	HÁ HORÁRIO ESTABELECIDOS?	FILHO AJUDA NAS TAREFAS DOMÉSTICAS?	O PAI/MÃE NEGA O USO DE DROGAS DO FILHO?	HÁ SENTIMENTO DE RAIVA DO FILHO?	HÁ SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA PERANTE O FILHO?	SENTE ANSIEDADE?	SENTE ALÍVIO?	
TERAPEUTA	1,00									0,34	-0,27	0,16	-0,09	-0,13	0,05	-0,08	-0,06	0,13										
HÁ CULPA?	0,22	1,00																										
FILHO ESTÁ USANDO?	0,14	0,27	1,00																									0,08
HÁ BRIGAS?	-0,03	0,25	0,60	1,00																								0,23
É FACILITADOR?	0,28	0,32	0,45	0,36	1,00																							-0,08
HÁ METAS?	0,08	-0,02	-0,13	-0,10	-0,21	1,00																						-0,13
HÁ LIMITES?	0,06	0,02	-0,17	-0,10	-0,20	0,56	1,00																					-0,10
HÁ HORÁRIO ESTABELECIDOS?	-0,20	-0,19	-0,33	-0,16	-0,37	0,35	0,51	1,00																				-0,02
FILHO AJUDA NAS TAREFAS DOMÉSTICAS?	-0,07	-0,22	-0,28	-0,17	-0,32	0,36	0,50	0,61	1,00																			-0,12
O PAI/MÃE NEGA O USO DE DROGAS DO FILHO?	0,34	0,28	0,52	0,24	0,60	-0,09	-0,11	-0,23	-0,21	1,00																		-0,15
HÁ SENTIMENTO DE RAIVA DO FILHO?	-0,27	-0,18	0,09	0,26	-0,14	0,05	-0,14	0,04	-0,11	-0,17	1,00																	0,32
HÁ SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA PERANTE O FILHO?	0,16	0,21	0,21	0,18	0,19	-0,37	-0,18	-0,25	-0,29	0,17	0,01	1,00																0,13
SENTE ANSIEDADE?	-0,09	0,39	0,15	0,19	0,11	-0,04	-0,10	-0,02	-0,23	0,14	0,31	0,15	1,00															0,32
SENTE ALÍVIO?	-0,13	-0,02	0,09	0,11	-0,20	0,12	0,02	0,22	0,18	-0,16	0,04	-0,15	0,02	1,00														0,34
HÁ CULPA?	0,05	0,62	0,39	0,36	0,44	-0,07	-0,13	-0,17	-0,36	0,45	0,10	0,12	0,58	0,01	1,00													0,04
FILHO ESTÁ USANDO?	-0,08	0,07	0,57	0,48	0,23	-0,15	-0,23	-0,20	-0,21	0,38	0,27	0,05	0,12	0,02	0,31	1,00												0,21
HÁ BRIGAS?	-0,06	0,16	0,47	0,56	0,21	0,05	0,05	-0,03	-0,16	0,35	0,19	-0,05	0,13	0,09	0,49	0,51	1,00											0,09
É FACILITADOR?	0,13	0,25	0,46	0,33	0,57	-0,13	-0,28	-0,26	-0,32	0,54	0,04	0,22	0,21	-0,05	0,60	0,33	0,57	1,00										-0,25
HÁ METAS?	-0,19	0,11	-0,16	-0,07	-0,32	0,23	0,26	0,26	0,26	-0,32	0,10	-0,16	0,11	0,20	-0,25	-0,10	-0,17	-0,46	1,00									0,30
HÁ LIMITES?	-0,26	-0,03	-0,27	-0,03	-0,42	0,06	0,27	0,41	0,27	-0,41	0,01	-0,05	0,02	0,17	-0,28	-0,20	-0,19	-0,52	0,71	1,00								0,32
HÁ HORÁRIO ESTABELECIDOS?	-0,35	0,02	-0,12	0,06	-0,19	-0,11	0,18	0,41	0,17	-0,35	0,07	-0,04	0,12	0,26	-0,10	-0,05	0,00	-0,27	0,48	0,68	1,00							0,35
FILHO AJUDA NAS TAREFAS DOMÉSTICAS?	-0,21	0,04	-0,16	-0,11	-0,32	0,06	0,27	0,36	0,21	-0,47	-0,02	0,00	0,07	0,26	-0,19	-0,14	-0,16	-0,44	0,55	0,71	0,68	1,00						0,31
O PAI/MÃE NEGA O USO DE DROGAS DO FILHO?	-0,07	0,11	0,28	0,22	0,40	-0,09	-0,26	-0,20	-0,27	0,39	0,10	-0,02	0,22	-0,09	0,43	0,30	0,39	0,57	-0,28	-0,28	-0,14	-0,31	1,00					-0,06
HÁ SENTIMENTO DE RAIVA DO FILHO?	0,01	0,03	0,11	0,22	-0,07	0,27	0,07	0,10	0,10	0,08	0,54	-0,08	0,35	0,12	0,26	0,09	0,28	0,22	-0,16	-0,30	-0,28	-0,28	0,11	1,00				0,04
HÁ SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA PERANTE O FILHO?	0,16	0,38	0,35	0,37	0,17	0,03	-0,04	-0,24	-0,28	0,34	0,30	0,13	0,34	-0,06	0,59	0,41	0,51	0,50	-0,26	-0,37	-0,32	-0,35	0,32	0,44	1,00			-0,04
SENTE ANSIEDADE?	0,02	0,35	0,28	0,34	0,15	0,14	-0,04	0,01	-0,10	0,29	0,25	-0,02	0,42	0,13	0,51	0,33	0,45	0,38	-0,10	-0,26	-0,21	-0,23	0,30	0,42	0,61	1,00		-0,03
SENTE ALÍVIO?	-0,10	0,11	0,08	0,23	-0,08	-0,13	-0,10	-0,02	-0,12	-0,15	0,32	0,13	0,32	0,34	0,04	0,21	0,09	-0,25	0,30	0,32	0,35	0,31	-0,06	0,04	-0,04	-0,03	1,00	

## **4.5 Análise da Satisfação dos Pais**

A tabela 10 apresenta as medianas de pontuação total e em cada uma das questões do Questionário de Satisfação do Clientes, dos grupos que receberam a intervenção de oito sessões individualmente ou em grupo. A pontuação variou de 22 a 29 pontos. As medianas atingiram o nível máximo de satisfação (4) em relação às questões 1 (como avalia o atendimento), 5 (atendimento dos terapeutas) e 6 (intervenção o ajudou a lidar com os problemas). Os grupos diferiram em relação às questões 4 (contato com secretárias), 6 (a intervenção o ajudou a lidar com problemas) e 8 (você recomendaria este serviço aos amigos). A diferença na pontuação total tangenciou o limite da significância. ( $p=0,0498$ ), sendo a melhor avaliação dos que receberam a intervenção individual.

A tabela 11 apresenta um sumário dos comentários (questões abertas) do Questionário de Satisfação do Cliente, sobre os pontos positivos e negativos da intervenção.

**TABELA 10** - Pontuação no Questionário de Satisfação do Cliente dos grupos que receberam a intervenção de oito sessões individualmente ou em grupo.

QUESTÃO	INTERVENÇÃO	N	PONTUAÇÃO				Mann Whitney U	p
			MEDIANA	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	INTERVALO INTER QUARTIL		
QSC1 qualidade do atendimento	INDIVIDUAL	32,0	4,0	3,0	4,0	-	481,5	0,10
	GRUPO	37,0	4,0	3,0	4,0	1,0		
QSC2 expectativas	INDIVIDUAL	32,0	3,0	2,0	4,0	-	563,0	0,67
	GRUPO	37,0	3,0	2,0	4,0	-		
QSC3 atendeu às necessidades	INDIVIDUAL	32,0	3,0	2,0	4,0	1,0	476,0	0,11
	GRUPO	37,0	3,0	2,0	4,0	-		
QSC4 serviços de secretárias	INDIVIDUAL	32,0	4,0	1,0	4,0	1,0	433,5	0,03
	GRUPO	37,0	3,0	2,0	4,0	1,0		
QSC5 desempenho do terapeuta	INDIVIDUAL	32,0	4,0	3,0	4,0	0,5	468,0	0,07
	GRUPO	37,0	4,0	3,0	4,0	1,0		
QSC6 ajudou a lidar com problemas	INDIVIDUAL	32,0	4,0	3,0	4,0	-	485,0	0,04
	GRUPO	37,0	4,0	3,0	4,0	-		
QSC7 retomaria ao serviço	INDIVIDUAL	32,0	3,0	3,0	4,0	-	517,0	0,11
	GRUPO	37,0	3,0	3,0	4,0	-		
QSC8 recomendaria para amigos	INDIVIDUAL	32,00	3,00	3,00	3,00	-	592,00	0
	GRUPO	37,00	3,00	3,00	3,00	-		
QSC TOTAL	INDIVIDUAL	32,00	27,50	22,00	29,00	1,00	432,50	0,05
	GRUPO	37,00	27,00	22,00	29,00	4,00		

**TABELA 11** - Sumário dos comentários sobre os aspectos positivos e negativos das intervenções, coletados ao final da aplicação do Questionário de Satisfação do Cliente. **IND: N= 32 e GRU: N=37**

<b>TEMAS</b>	<b>ASPECTOS POSITIVOS</b>	<b>n° de comentários</b>
MUDANÇA DE CONCEITOS	consegui mais equilíbrio minha vida	2
	percebi a minha responsabilidade neste problema (facilitação)	1
	conheci meus limites	4
	refletir sobre o que eu quero e o que me incomoda	1
	sinto-me mais forte	5
	agora tenho maior organização	3
CONHECIMENTO	aprendi aqui algo totalmente diferente do que já tinha visto	1
	agora tenho mais informação para lidar com o problema	5
	mudei meu jeito de pensar, refletir	4
	tenho uma nova visão sobre o dependente	8
	vi o risco que existia para os filhos menores	1
MUDANÇA DE ATITUDES	mudei muito em relação às regras impostas em casa	6
	tenho o poder de decisão	1
	posso me expressar em casa	1
MUDANÇA DE ATITUDES	atitude sem culpa	3
	mudei minha atitude	5
	encontrar soluções juntamente com outros familiares	2
	vi que posso mudar a situação	2
MAIS INFORMAÇÃO	indicação de livro e salas de grupos anônimos	1
INTERVENÇÃO / PROFISSIONAIS	a intervenção é muito boa	1
	profissionais se empenharam bastante	1
RELACIONAMENTO FAMILIAR	profissional é qualificado	4
	sinto-me acolhida e lido melhor com minha família	1
<b>TOTAL</b>	maior bem estar familiar	3
	<b>ASPECTOS NEGATIVOS</b>	<b>66</b>
NÃO HÁ	não há aspectos negativos	9
	não ter horário noturno	4
HORÁRIOS / DISTÂNCIA DO LOCAL	mais opções de horários; atender nos finais de semana	1
	é distante de casa	6
GOSTARIA DE MAIS SESSÕES DE ORIENTAÇÃO	ter maior continuidade / haver manutenção da intervenção uma vez ao mês	2
	DIVULGAÇÃO	a intervenção precisa ser melhor divulgada
HAVIA OUTRAS EXPECTATIVAS	esperava soluções externas, eu não queria mudar	1
OUTRAS INTERVENÇÕES	deveriam existir mais opções de atendimento para os jovens	1
	um pouco repetitivo, faltou ser mais incisivo	1
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL	faltou objetividade	1
	difícil ouvir algumas verdades mas agradeço	1
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>

Foram feitos 74 comentários, obtidos de questões abertas, sobre os aspectos positivos da intervenção abrangendo sete temas diferentes. Segundo os pais participantes houve mudança de conceitos sobre o funcionamento de um abuso/dependência de drogas, maior autoconhecimento, maior conhecimento sobre os filhos, mudança de atitudes, maior informação sobre o abuso/dependência de drogas, qualidade da intervenção dos profissionais, melhora no tipo de relacionamento familiar. Nove participantes disseram que a intervenção não teve aspectos negativos.

Entre os aspectos negativos mais citados pelos participantes (questões abertas) destacam-se a distância da casa do participante até o local da intervenção (4) e o fato de não haver atendimentos em horários noturnos ou aos finais de semana (5). Alguns pais solicitaram maior número de sessões ou uma continuidade com sessões mensais (2), e um deles disse que deveria haver maior divulgação do serviço. Uma pessoa pediu mais opções de atendimento para os jovens (havia somente um grupo aberto com uma sessão semanal). Uma pessoa disse que foi "difícil ouvir algumas verdades", mas sentiu-se grata por ter participado e outra pessoa disse que tinha expectativas diferentes daquela que encontrou, uma vez que buscava soluções externas (como uma internação para o filho, por exemplo). Críticas diretas ao tipo de intervenção realizada foram somente duas: "falta de objetividade" e o "profissional poderia ter sido mais incisivo".

Entre os comentários ao questionário de satisfação destacam-se alguns relatos, como por exemplo:

- *“é assim, ela (terapeuta) abre nossa cabeça e enfia todas as ideias lá dentro, aí, a gente faz diferente”* (F.T., 53 anos).

- *“a mudança na minha família foi muito grande, entendi o que tenho que fazer”*. (J. C. 52 anos).

- *“que alívio, vocês mudaram a minha vida”* (V. P., 39 anos)

- *“eu disse para a minha irmã, que me indicou este tratamento, que o melhor presente que ela poderia ter me dado em toda a minha vida, foi isso que eu tive aqui”* (F. P., 39 anos)

- *“mas agora percebo que precisei fazer tudo isso para entender o quanto estou equivocada em tentar achar culpados para a situação de minha filha”* (J.G., 45 anos)

Houve ótima receptividade às orientações recebidas. Muitos pais relataram ter observado mudanças expressivas tanto em relação às áreas de comportamento, como em relação aos sentimentos antes e depois da intervenção.

## 5 . DISCUSSÃO

Neste estudo confirmamos nossa primeira hipótese, de que as famílias com usuários de drogas tem mais problemas no seu funcionamento do que aquelas que não tem este tipo de dificuldade. A aplicação de um instrumento padronizado (a escala do ambiente familiar – FES) permitiu a confirmação objetiva de relatos clínicos e estudos anteriores que sugeriam problemas em diversas áreas no funcionamento de famílias nas quais há jovens com problemas associados ao uso de drogas psicotrópicas (PAD).

A avaliação da efetividade do programa de orientação para pais mostrou que, dois meses após a avaliação inicial, este tipo de intervenção pode modificar positivamente o funcionamento de famílias cujos filhos fazem uso de drogas, confirmando nossa segunda hipótese. Além de mudanças na escala FES, a melhora no funcionamento familiar foi corroborada pelas análises de relatos de sessões, que indicaram mudanças significativas nos sentimentos e comportamentos de pais de jovens com PAD, após a intervenção de oito sessões individual ou em grupo.

Entretanto, de modo geral, os pais que receberam intervenção de oito sessões (em grupo ou individual), apresentaram níveis de melhora no funcionamento familiar semelhantes aos dos que receberam apenas uma intervenção de sessão única, rejeitando nossa terceira hipótese.

Vários estudos mostram que, de modo geral, os pais de usuários de drogas relatam maior intensidade de problemas no ambiente familiar, quando comparados a pais com características sociodemográficas semelhantes, mas cujos filhos não são usuários de álcool ou outras drogas (Silva, 2011, Guimarães et al., 2009, Vianna, 2004 e 2007 e Stanton, 1985). Os principais problemas de relacionamento nas famílias com pessoas usuárias ou dependentes de drogas psicotrópicas são, em geral, decorrentes de conflitos devidos a problemas na comunicação; comportamentos de controle inadequados (seja por seu excesso ou ausência); diminuição do repertório de atividades de lazer e pouca organização

(Silva, 2011, De Micheli & Formigoni, 2002a). A maioria destes problemas foi relatada pelos pais participantes deste estudo.

Uma comparação dos resultados do presente estudo com os de Vianna (2004) pode ser vista na tabela 12. Esta autora mostrou que famílias de pacientes dependentes de álcool e/ou outras drogas apresentavam menores índices de coesão, independência, envolvimento em atividades de lazer e organização mais precária do que as famílias controle, além de maiores níveis de conflito e controle do comportamento de seus membros do que famílias do grupo controle. No presente estudo, utilizando o mesmo instrumento de avaliação – a Escala do ambiente familiar (FES), também observamos resultados semelhantes, ao compararmos os valores médios (por ocasião da admissão ao programa) na maioria das subescalas da FES com os obtidos por Vianna (2004), tanto no grupo controle como no grupo de famílias com dependentes de drogas. Exceções foram as pontuações nas subescalas de coesão, expressividade e independência do grupo de famílias com pessoas com PAD. Nestas áreas, a amostra por nós avaliada apresentou valores menores do que a de famílias com dependentes de drogas avaliada por Vianna (2004), indicando maior intensidade de problemas.

Em nosso estudo, o impacto das intervenções realizadas, avaliado após oito semanas, foi detectado pela redução de problemas nas áreas de coesão, conflito, interesses intelectuais, lazer, interesses religiosos, organização e controle. Entretanto, talvez devido ao tamanho limitado da amostra, alguns desses efeitos gerais, significativos quando comparamos os escores antes e após as intervenções não foram significativos na análise individual de cada grupo.



Tabela 12 - Pontuações médias nas subescalas de ambiente familiar da FES (média  $\pm$  dp) de famílias com pessoas com problemas associados ao uso de drogas e famílias controle sem pessoas com problemas associados ao uso de drogas, no estudo de Vianna (2004) e no presente estudo.

	Vianna 2004 (tese)		Renner 2012		Comparação entre médias	
	Famílias sem dependentes de álcool/drogas (1) N = 76	Famílias com dependentes de drogas (2) N = 76	Famílias sem dependentes de álcool/drogas (3) N = 23	Pais/mães de jovens usuários de drogas (4) N = 140	(1) e (3)	(2) e (4)
Coesão	57 $\pm$ 1,6	45 $\pm$ 2,3	51,5 $\pm$ 2,5	36,5 $\pm$ 1,5	p= n.s.	p= 0,001
Expressividade	52 $\pm$ 3,2	48 $\pm$ 3,1	51,3 $\pm$ 2,2	42,4 $\pm$ 0,9	p= n.s.	p= 0,031
Conflito	43 $\pm$ 4,8	49 $\pm$ 5,2	51,2 $\pm$ 2,5	53,7 $\pm$ 1,0	p= n.s.	p= n.s.
Independência	52 $\pm$ 1	44 $\pm$ 1,3	48,1 $\pm$ 2,1	39,5 $\pm$ 1,0	p= n.s.	p= 0,006
Realização	52 $\pm$ 2,9	50 $\pm$ 2,9	50,5 $\pm$ 2,2	48,2 $\pm$ 0,8	p= n.s.	p= n.s.
Interesses intelectuais	48 $\pm$ 3,6	45 $\pm$ 3,6	49,5 $\pm$ 2,7	42,9 $\pm$ 1,0	p= n.s.	p= n.s.
Lazer	50 $\pm$ 3,8	45 $\pm$ 3,8	53,4 $\pm$ 2,3	42,1 $\pm$ 1,0	p= n.s.	p= n.s.
Religião	55 $\pm$ 3,9	54 $\pm$ 4,1	59,0 $\pm$ 2,0	51,4 $\pm$ 0,9	p= n.s.	p= n.s.
Organização	56 $\pm$ 3,4	50 $\pm$ 3,7	57,0 $\pm$ 2,1	47,6 $\pm$ 1,1	p= n.s.	p= n.s.
Controle	52 $\pm$ 4,2	53 $\pm$ 4,1	60,8 $\pm$ 1,8	53,9 $\pm$ 0,8	p= n.s.	p= n.s.

A avaliação do funcionamento familiar antes e após a intervenção mostrou mudanças significativas em várias áreas: coesão, expressividade, interesses intelectuais, independência, lazer, organização, controle e conflito. Nos que receberam intervenção individual destacou-se melhora nas áreas de coesão e conflitos, com redução de brigas. Nos que receberam intervenção em grupo, além da melhora na organização, houve maior união familiar e espírito de grupo, assim como aumento de conversas espontâneas e menos desentendimentos. Diferenças significativas em alguns aspectos do relacionamento familiar como redução de situações nas quais se levantava o tom de voz, aumento das regras para entrar e sair de casa e aumento da autossuficiência dos filhos também foram observadas no grupo CON que recebeu intervenção em sessão única. No grupo controle negativo, que não recebeu nenhuma intervenção (CONEG) não foram detectadas diferenças significativas no mesmo intervalo de oito semanas, indicando a estabilidade dos escores médios do instrumento utilizado, quando, teoricamente, não ocorrem mudanças significativas no funcionamento familiar. Esses dados sugerem que uma única orientação estruturada, pode ser efetiva para eliciar mudanças de sentimentos e comportamentos em pais de jovens usuários de drogas que procuraram um programa de orientação.

Algumas das estratégias propostas nas intervenções realizadas com os pais visavam possibilitar que estes pais estabelecessem limites, gerassem autonomia e autossuficiência entre os familiares. Para que isto acontecesse, deveria haver também boa comunicação, regras estabelecidas com melhor organização familiar. Na área de conflito, em específico, as mudanças foram significativas nos três grupos de intervenção, sugerindo que mesmo uma intervenção de sessão única pode provocar mudanças de conceitos e comportamentos. Não observamos mudança significativa na área de *realização* que representa aspectos ligados ao sucesso profissional e rendimentos. No entanto, esses aspectos podem ser considerados complexos ou pouco passíveis de mudança em um curto período (oito semanas).

Nos atendimentos realizados observamos que os pais estavam extremamente despreparados para lidar com casos de agressão familiar, uma

situação frequentemente associada ao uso de álcool e outras drogas. Fonseca et al. (2009) citam que em pesquisa realizada em 7939 domicílios brasileiros, havia histórico de violência familiar em 33,5% deles, sendo que destes, 17,1% ocorreram com agressores alcoolizados. Entretanto, o mesmo estudo mostrou que 86% das vítimas não procurou por ajuda em serviço de saúde e/ou delegacia.

Para enfrentar situações como essas, desde a intervenção de acolhimento, esses aspectos foram expostos e discutidos com os pais. Inicialmente, foram abordados os casos de disfunções graves, a exemplo de agressões físicas, e a orientação foi clara: se houvesse agressão física ou moral os pais deveriam se proteger e estabelecer limites. Portanto, se houvesse ação agressiva dos filhos, haveria reação assertiva por parte dos pais. Observamos que após as intervenções o ambiente familiar pode ser melhorado nos aspectos conforto físico, moral e emocional.

Os pais eram confrontados com a importância da família buscar um objetivo comum, que é o de viver em harmonia, por mais que houvessem diferenças nos interesses individuais. O *sentimento de união familiar, o espírito de grupo e as conversas espontâneas* foram assuntos recorrentes da intervenção, uma vez que quando os pais chegaram, havia muitas queixas de sofrimentos relacionadas ao "egoísmo", "distanciamento" dos filhos, isso resultou em diferença significativa, apontada pela escala FES, nestes aspectos. O que havia de inadequado no comportamento dos pais é que eles se tornavam expectadores desta realidade familiar, inertes ou agindo de maneira repetida e sem solução. As estratégias sugeridas favoreciam a mudança de comportamento destes pais para que houvesse maior harmonia familiar. Velleman et al. (2011) citam a coesão familiar e colaboração entre os membros da família como sendo um fator protetor do uso de drogas. E para que haja coesão, deve haver boa comunicação: Schenker e Minayo (2004) apontam para a importância da linguagem utilizada na família: através do tipo de comunicação observa-se como a família está estruturada.

Os temas **coesão e organização** familiar foram assuntos recorrentes nas sessões de orientação familiar: durante a intervenção, observou-se que tanto os jovens precisam de ajuda como seus pais, que se queixavam de viverem em um lar

sem a presença do filho, citando que “*ele vive na rua*” (S. F., 42 anos). Além disso, em razão da situação de crise devida ao uso de drogas por um familiar, a organização doméstica se apresentava prejudicada, na grande maioria dos casos.

Atribui-se ao fato das situações de risco terem sido tema intensamente abordado durante a intervenção, a redução observada nos níveis de **conflito** familiares após a intervenção.

Um resultado inesperado foram algumas melhorias no grupo CON, que recebeu intervenção de sessão única, nos comportamentos relativos à *independência*, ao aumento das regras para entrar e sair de casa e maior autossuficiência. Embora não possa ser estabelecida uma relação causal, sugere-se que uma intervenção única, com foco em estratégias específicas pode ser eficaz na mudança de conceitos e comportamentos. Resultado semelhante foi relatado por Edwards, (1977) a respeito da efetividade de uma sessão única de orientação conjunta a pacientes dependentes de álcool e suas esposas, levando a redução do consumo de álcool. John et al. (2003) também relatam resultados efetivos de três sessões de aconselhamento e abordagem motivacional no tratamento de dependentes de álcool. Uma abordagem utilizando técnicas de terapia familiar sistêmica realizada em sessão única com adolescentes e suas famílias, buscando soluções nos conflitos dos adolescentes com a lei, foi efetiva no desencadeamento de mudanças nos relacionamentos domésticos Costa (2007). Outros estudos têm demonstrado a efetividade da utilização da Intervenção Breve (sessão única) para usuários de substâncias psicoativas (Woolf et al., 2009, De Micheli & Formigoni, 2004, Formigoni, 1992).

Na intervenção única, (intervenção de acolhimento), buscou-se estimular as famílias a estabelecerem uma nova maneira de lidar com a crise existente, através da discussão a respeito dos incômodos sofridos pelos pais e o que eles poderiam fazer a respeito disso, por exemplo: os pais queixavam-se do fato do filho chegar em casa somente de madrugada. Técnicas eram utilizadas para avaliação de metas destes pais, níveis de tolerância e avaliação de prós e contras até a conclusão de que os filhos deveriam ter horários para chegar em casa.

A área de *interesses intelectuais* também pode ser uma área em que as mudanças não seriam esperadas tão rapidamente: se há pais sofrendo e

emocionalmente desestruturados é pouco provável que imaginemos que eles possam fazer mudanças em suas vidas, tal como ter maior interesse intelectual. Mas mesmo assim observou-se diferença significativa após a intervenção. Isso foi observado de maneira significativa no grupo IND, que recebeu atenção individualizada dos terapeutas, o que pode ter contribuído para que fizessem mudanças em alguns aspectos de suas vidas.

Embora *temas religiosos* não tenham sido foco da intervenção, foi observado aumento do interesse pelo tema por ocasião do seguimento realizado após oito semanas. Entretanto, há que se discutir a adequação transcultural do instrumento de avaliação do ambiente familiar (FES) nesta subescala. Respostas negativas a duas questões sobre religiosidade (“crença em conceitos de Céu e Inferno” e “crença de que se uma pessoa pecar será punida”) são consideradas indicadoras de problemas pelo gabarito proposto pelos autores do instrumento. Entretanto, em nossa cultura, dependendo da religião professada pelo respondente, essas questões podem ser interpretadas de maneira diferente. Independentemente desse possível viés, o aumento de interesses religiosos ou da espiritualidade de modo geral tem sido considerados fatores de proteção ao uso de drogas. (Sanches, 2008). Um dado realmente importante é que o tema muito discutido nas intervenções foi o sentimento de culpa que os pais apresentavam: muitos acreditavam que o uso de drogas dos filhos era devido a erros que cometeram. Esta culpa apresentada era inadequada na grande maioria dos casos e isso foi muito trabalhado nas oito sessões de intervenção (diminuir o sentimento de culpa para que pudessem agir assertivamente, com menor número de facilitações). Sendo assim, houve uma diferença significativa ao final da intervenção daqueles que receberam atendimento em grupo: menor número de pais acreditavam que se pecassem seriam punidos ao final da intervenção. Estes pais possivelmente sentiam-se menos culpados e tornavam-se assim mais flexíveis e hábeis no relacionamento familiar.

A área de *organização* foi discutida com maior frequência nas intervenções de oito semanas, embora também tenha sido abordada na intervenção de sessão única, o que repercutiu nos resultados. Durante as oito sessões, foram discutidas estratégias de organização familiar como horários

preestabelecidos, organização dos dormitórios, e definições claras de papéis e das obrigações de cada um, visando facilitar a vida familiar e trazer maior bem estar às pessoas. O impacto dessas orientações foi observado de forma significativa no grupo GRU após a intervenção, mas também de modo geral considerando todos os grupos de modo conjunto.

O controle sobre as regras da casa facilita o convívio familiar. Silva (2011) salienta a importância desta área na dinâmica familiar, descrevendo-a como o ponto central para a definição de tarefas e balizamento da influência de cada membro na dinâmica familiar.

A análise dos prováveis “elementos ativos” da intervenção que será feita a seguir, baseia-se na análise qualitativa dos registros de sessão e das reuniões de supervisão realizadas semanalmente com todos os terapeutas, por meio da qual avaliamos qualitativamente os problemas de convívio familiar e detectamos os sentimentos e comportamentos que colaboravam na manutenção de um funcionamento familiar disfuncional. Consideramos importante avaliar vários aspectos da dinâmica das famílias com pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias para o desenvolvimento de propostas de mudanças de comportamento.

Segundo adeptos de intervenções tradicionais baseadas nos modelos adotados em grupos de autoajuda, baseadas nos 12 passos de Alcoólicos Anônimos (AA) como Barcelos (2006), na comunicação entre pais e filhos dependentes de drogas há frequentemente comportamentos explosivos, raciocínios distorcidos e manipulações. Segundo este autor, **as manipulações** são frequentes tanto partindo dos familiares, como dos dependentes. Alguns pais, na tentativa de controlar determinadas situações, mentem ou fazem manipulações visando a tentativa de controle do uso de drogas pelo filho. Este comportamento foi frequentemente relatado pelos participantes deste estudo. Muitos pais investigavam os e-mails dos filhos e vasculhavam seus armários, mas quando questionados pelos seus filhos, negavam este tipo de comportamento. Barcelos (2006) conclui que os membros da família apresentam comportamentos, sentimentos e explosões similares aos de seus filhos, aumentando as dificuldades de convivência no ambiente familiar. Segundo o mesmo autor, os pais tendem a minimizar a

gravidade do uso de drogas por seus filhos, não questionando prováveis mentiras e comportamentos inadequados, para evitar maior sofrimento ou por realmente não saberem como devem agir. Desta forma, há **minimização** da importância do uso de drogas pelo filho e cria-se um silêncio familiar sobre o assunto. No nosso estudo isto pode ter se refletido nos escores indicativos de problemas de comunicação e expressividade. Esses comportamentos que visam evitar conflitos podem gerar fortes sentimentos de culpa. Silva (2011) relata que este comportamento de minimização do problema, pode resultar em comportamentos de facilitação de uso de drogas dentro de casa e sentimento de culpa concomitante. Tal situação vai se tornando caótica e foi amplamente observada nas famílias que analisamos. No presente estudo, em um dos casos atendidos, quando o diagnóstico de depressão foi descartado, a mãe minimizou a importância de uma dependência de drogas: *“ah, então ele não tem depressão? Então não preciso levar ao psiquiatra, não é tão grave assim...”* (V. M., 42 anos). No presente estudo, assim como no estudo conduzido por Vianna (2004), confirmamos que a dificuldade de comunicação era um aspecto importante entre os dependentes e seus familiares. Por essa razão, entre os temas abordados nas sessões das intervenções destaca-se a orientação para que houvesse maior expressividade das dificuldades vivenciadas, conscientização dos sentimentos de culpa e, conseqüentemente, comportamentos assertivos que expressassem a gravidade da situação familiar vivida. Silva (2011) relata que uma das metas básicas no tratamento de famílias com pessoas dependentes de substâncias deve ser a realização adequada de uma série de tarefas, que só será possível se os papéis de dinâmica familiar forem reorganizados. Rotunda et al. (2004) ressaltam que os familiares, quando não recebem nenhum tipo de intervenção, facilitam a rotina do dependente realizando suas tarefas ou mentindo para protegê-los. Esses autores observaram que algumas crenças sobre os tipos de relacionamentos entre familiares e dependentes contribuíam para a manutenção de um comportamento facilitador por parte do familiar. Acrescentam que uma vez que estes comportamento codependentes foram identificados, seria mais produtivo se houvesse também a avaliação e a intervenção para o familiar do dependente.

Os pais que têm dificuldades para lidar com filhos usuários não conseguem estabelecer limites para seus comportamentos inadequados, agindo de maneira facilitadora, por exemplo, fornecendo dinheiro ao filho dependente de droga. Em geral a casa é desorganizada ou não há horários preestabelecidos para realização de atividades em comum como refeições ou divisão de tarefas de manutenção da casa. Segundo Barcelos (2006): *“a facilitação protege o dependente da dor sentida porque algo errado está acontecendo”*. Um exemplo de facilitação, relatado por grande parte dos pais participantes do presente estudo é o fato de entre os pais do grupo IND que concluíram a intervenção, 81,2% forneciam dinheiro aos filhos com frequência (regularmente e sempre), mesmo sabendo que provavelmente o utilizariam para adquirir drogas. Muitos pais tinham dificuldades para mudar seus comportamentos protetores e continuaram a agir com seus filhos usuários sem impor limites, até iniciarem sua participação no programa de orientação. Ao longo da intervenção, este cenário foi sendo modificado.

Neste tipo de contexto familiar, em que há pais e filhos com objetivos diversos, os desentendimentos se multiplicam tornando a convivência mais difícil. Neste estudo observamos correlação positiva entre o uso de drogas e a existência de brigas em casa. Muitos comportamentos explosivos eram frequentemente relatados: *“eu acordava ele com esguicho gelado direto na cama”* (M. S. 41 anos), Por outro lado, sentimentos de culpa eram frequentes nos depoimentos dos pais, como: *“Onde foi que eu errei?”*. O tema da “culpa” sentida foi constantemente relatado pelos pais durante as sessões, sendo também um dos assuntos principais na intervenção de acolhimento (sessão única do grupo CON e primeira sessão dos grupos IND e GRU). Nesta intervenção, um dos objetivos era esclarecer que a responsabilidade pela dependência de drogas é do jovem e não dos pais. A apresentação do tema era feita da seguinte maneira: *“a frequência de uso é um dos fatores principais para o desenvolvimento de uma dependência”*, e não eventuais erros maternos ou paternos. Era explicado aos pais que a dependência de drogas pode se desenvolver em decorrência de uma somatória de fatores de risco. A correlação entre culpa e facilitação sugere que os pais que se sentiam culpados desenvolviam o comportamento de facilitação, não impondo limites, como uma tentativa de compensar seu próprio sofrimento.



Vários estudos mostram que dentre os fatores familiares protetores do uso de drogas, destacam-se um adequado controle parental e boa comunicação. Barcelos (2006) considera que são sentimentos e atitudes necessárias a um bom convívio com um filho: honestidade, franqueza, confrontação, expressão de sentimentos, autodisciplina, responsabilidade, saber pedir ajuda e saber ouvir. Benchaya et al. (2011) e Paiva e Ronzani (2009) acrescentam que há uma associação significativa entre o estilo parental negligente e maior consumo de álcool e outras drogas pelos filhos. Paiva e Ronzani (2009) esclarecem que, por outro lado, pais “não permissivos” estão associados a filhos com baixo consumo de álcool e outras drogas. São considerados fatores associados a menores índices de prevalência do uso de drogas a supervisão das atividades dos filhos, o monitoramento e a boa comunicação entre os familiares. Segundo Mounts e Steinberg (1995) jovens que possuem amigos usuários de drogas tem também pais menos autoritários.

Em estudo conduzido por Carvalho (1995) com 14.814 adolescentes de escolas brasileiras, a mais importante variável preditora do uso de drogas foi a existência de violência doméstica ou familiar. A probabilidade de uso de drogas foi cinco vezes maior em adolescentes com situações violentas em casa, ao que se acrescenta a impossibilidade dos filhos comunicarem seus problemas aos pais, pais separados, e a percepção do pouco interesse dos pais por eles. Neste estudo, verificou-se pouca comunicação entre pais e filhos sendo que os pais sabiam muito pouco a respeito da vida de seus filhos, tais como ignorar detalhes sobre o uso de drogas, não saber quais os locais que os filhos frequentavam, etc.

Malbergier et al. (2012) também relacionaram o pouco monitoramento dos filhos pelos pais como fator de risco para o uso de drogas ilícitas. Isto leva, do ponto de vista dos filhos, à sensação de que seus pais não “cuidam deles”. Além disso, Malbergier et al. (2012) relatam que os jovens que utilizaram álcool, tabaco e drogas ilícitas apresentaram maior número de problemas familiares do que aqueles que usaram apenas álcool. Os autores ainda concluem que houve associação do uso de álcool e tabaco com prejuízos familiares, semelhantes aqueles associados ao uso de drogas ilícitas, apontando para a gravidade do uso de drogas lícitas comuns.

Entre os participantes do presente estudo, observamos que, no início do tratamento, os pais tinham dificuldades para identificar o uso de cocaína pelos filhos, sendo o uso da maconha mais facilmente identificável. Com o decorrer dos atendimentos, alguns pais passaram a identificar comportamentos frequentemente associados ao uso de cocaína, por exemplo: nariz sangrando, rinite persistente, etc. e, desta forma, conseguiram identificar durante a intervenção, alguns tipos de drogas usadas pelos filhos.

Observou-se também que muitos pais, na tentativa de descobrir se havia uso de drogas ou não e com qual frequência este uso acontecia, tentavam controlar a vida dos filhos, investigando mochilas ou telefonando para vizinhos, mas quando obtinham a informação sobre o uso de drogas pelos filhos, não agiam de maneira coerente e, muitas vezes, tentavam resolver a questão através de conversas que se tornavam sermões intermináveis e ineficazes, aumentando ainda mais a tensão familiar (Eells, 1986). Segundo Silva (2011) pacientes dependentes de drogas se queixam da forte tentativa de controle por parte da família sobre sua vida. Em estudo sobre os temores paternos, a mesma autora (Silva et al., 2006) também relata que conversas de cunho apenas informativas ou restritas ao compartilhamento de temores entre pais e filhos são pouco eficazes.

Por outro lado, como mencionado anteriormente, a investigação excessiva e incessante da vida do filho é uma atitude inadequada. Em relação a isso, a orientação fornecida aos pais visava evitar um maior desgaste no convívio familiar. Silva (2011) menciona que “a pontuação dos dependentes na escala geral da FAM-III (Family Assessment Measure-III)”, outro instrumento de avaliação do funcionamento familiar, “sugere a existência de problemas nas áreas de desempenho de papéis, controle, valores e normas, indicando as tentativas da família de exercer um **controle excessivo** sobre o dependente, provavelmente, por assumir que ele esteja apresentando distorções nos códigos de valores e normas familiares”. Este controle excessivo, citado no estudo de Silva (2011) também pôde ser observado nos inúmeros relatos de vivências familiares durante as intervenções feitas neste estudo. De modo geral, os pais relataram tentativas exaustivas de tentar controlar o uso de drogas dos filhos por meio de inúmeros telefonemas, investigação dos dados acessados no computador usado pelos filhos, inspeção de

armários, etc. Muitos pais repetiam comportamentos inadequados, não percebiam que eles não produziam nenhum resultado favorável e mantinham sua estratégia, por falta de conhecimento e por estar vivendo situações extremamente conflituosas. Um exemplo disso foi o relato de “castigos” aplicados aos filhos de maneira inadequada seguidos por sentimentos de culpa, tornando-os, posteriormente, extremamente permissivos.

Barcelos (2010) critica estas modalidades educativas afirmando que *“nossa cultura faz um esforço muito grande para que os filhos continuem em uma posição de dependência emocional”* (p.50 ). Muitos exemplos desse tipo podem ser encontrados na literatura brasileira. É interessante mostrar que José de Alencar, consagrado escritor brasileiro, descreve no século passado papéis que ilustram um modelo familiar nos quais os participantes retroalimentam continuamente a falsidade de uma situação familiar. Por exemplo, no romance “Senhora” que se refere à dinâmica familiar de um jovem de classe média, órfão de pai, Fernando Seixas morava com a mãe e as irmãs que se desdobravam em cuidados, para que ele frequentasse a sociedade, enquanto elas o esperavam em casa, para ouvir suas histórias enquanto costuravam.

“Fernando quis concorrer com seu ordenado para a despesa mensal, mas tanto a mãe, como as irmãs, recusaram. Sentiam elas ao contrário não poder reservar alguma quantia para acrescentar aos mesquinhos vencimentos, que mal chagavam para o vestuário e outras despesas do rapaz.

No geral conceito, esse único filho varão devia ser o amparo da família, órfã de seu chefe natural. Não o entendiam assim aquelas três criaturas, que se desviam pelo ente querido. Seu destino resumia-se em fazê-lo feliz; não que elas pensassem isto e fossem capazes de exprimi-lo; mas faziam-no.

Que um moço tão bonito e prendado como foi seu Fernandinho se vestisse no rigor da moda e com amor a elegância; que em vez de ficar em casa aborrecido, procurasse os divertimentos e a convivência dos camaradas; que em suma fizesse sempre na sociedade a melhor figura, era para aquelas senhoras não somente justo e natural, mas indispensável (...)

*Foi assim que Seixas insensivelmente afez-se à dupla existência, que de dia em dia mais se destacava. Homem de família no interior da casa, partilhando*

*com a mãe e as irmãs a pobreza herdada, tinha na sociedade, onde aparecia sobre si, a representação de um moço rico. (...)*

Felizmente D. Camila tinha dado a suas filhas a mesma vigorosa educação que recebera; antiga educação brasileira, já bem rara em nossos dias, que, se não fazia donzelas românticas, preparava a mulher para as sublimes abnegações que protegem a família e fazem da humilde casa um santuário. “(José de Alencar, Senhora, p. 43-44, 1983).

Alencar relata, com riqueza de detalhes, o zelo excessivo que mãe e irmãs de Seixas tinham por ele. Vê-se claramente que elas cuidavam de Seixas mais que delas próprias. Ao final deste trecho, o autor esclarece que este já era um padrão antigo de educação brasileira: educar a mulher para que aceite as abnegações do cotidiano em prol do bem familiar, colocando seus próprios desejos em segundo plano. O questionamento central desta dinâmica familiar é que, neste caso, Seixas vivia com conforto, e, tanto sua mãe, como suas irmãs se desgastavam para alegrá-lo, esquecendo-se de seus próprios desejos.

Quanto à busca de estratégias preventivas efetivas, relacionadas ao uso de álcool, em um estudo australiano, Ryan et al. (2011) encontraram, na literatura especializada, 457 recomendações de especialistas para que os pais pudessem prevenir o abuso de álcool por seus filhos. Essas recomendações foram avaliadas por 38 especialistas da área e um total de 289 recomendações foram endossadas como efetivas na redução do consumo de álcool, sendo categorizadas em 11 subitens que relacionamos abaixo. Os pais devem :

- receber informações sobre o tipo de uso de álcool do adolescente; devem postergar ao máximo o uso de álcool pelo adolescente, pois jovens tem menor tolerância aos efeitos do álcool;
- Modelar o ato de beber e dar exemplos de atitudes relacionadas ao uso de álcool que sejam responsáveis: os pais são os modelos de comportamento seguido por seus filhos;
- Conversar com os adolescentes sobre o uso de álcool;
- Estabelecer regras familiares claras juntamente com o jovem, pois as regras são protetoras e não restritivas. Portanto, se houver quebra das regras, não haverá punições e sim combinados;

- Monitorar os adolescentes quando estiverem desacompanhados;
- Preparar os jovens para que saibam lidar com as pressões do grupo; pais devem ficar atentos ao uso de álcool/drogas pelos amigos dos filhos;
- Não falar com o jovem quando ele estiver sob o efeito de álcool;
- Saber agir assertivamente quando um adolescente beber sem a permissão dos pais.
- Acompanhar festas de adolescentes e manter uma boa relação entre pais e filhos.
- Manter boa comunicação entre pais e filhos.

Ryan et al. (2011) desenvolveram um manual, mas não descreveram as estratégias específicas para que os pais possam colocar estas ideias em prática. Um dos principais aspectos da proposta do programa de orientação aos pais testada nesta pesquisa era o de desenvolver junto aos pais estratégias para a implementação dos princípios básicos, como os acima mencionados. Um importante aspecto a ser considerado é o fato de que alterações em determinados aspectos do sistema familiar podem alterar seu equilíbrio e trazer à tona outros problemas, que eventualmente estivessem mascarados pelo “problema do uso de drogas”. Por essa razão é importante que terapeutas estejam atentos ao funcionamento familiar como um todo.

Segundo Porto (2005) a orientação dos pais é de fundamental importância para a criação de habilidades sociais por parte dos filhos. Schenker e Minayo (2005) indicam aspectos importantes na relação pai-filho: uma boa comunicação (que inclua elogios), expectativas claras e autoridade dos pais sobre as regras, monitoramento de atividades, compartilhamento de opiniões sobre o uso de drogas, ter conhecimento sobre os amigos dos filhos e exigências no desempenho das atividades escolares.

No programa avaliado neste estudo, as propostas para desenvolvimento dessas habilidades seguiram os pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-comportamental. Consideramos que a intervenção poderia alterar efetivamente os comportamentos dos pais a partir da reformulação dos conceitos e crenças. As famílias atendidas neste estudo tinham características comuns em relação a

sentimentos e comportamentos, e também um sofrimento emergencial a ser tratado, considerado por alguns autores uma “co-dependência” (Prest et al., 1998).

Schenker e Minayo (2004) afirmam que a “Terapia de Família Estratégica Breve” (BSFT) parte do princípio de que quando há desajustes nos padrões de relacionamento familiar, mudanças de comportamento podem ser obtidas por meio de estratégias oriundas da avaliação estrutural da família. Isto é, a partir de um diagnóstico do funcionamento familiar, os profissionais podem apontar quais são os comportamentos inadequados dentro da família e sugerir mudanças. Estas mudanças foram observadas no presente estudo. Ao avaliar-se o impacto da intervenção proposta no presente estudo, observamos, após dois meses, uma significativa melhora em vários aspectos do relacionamento familiar. A procura de tratamento pelos filhos é um dos fatores indicativos do resultado da intervenção. A procura foi muito maior entre os filhos de pais que receberam atendimento IND (31%) do que entre os atendidos em grupo (12%) ou receberam intervenção única (8,3%). O fato de haver diferença significativa entre os grupos sugere que talvez a intervenção individual tenha sido mais efetiva nestes aspectos porque despende maior tempo com estratégias específicas para mudanças conceituais e do comportamento dos pais. Pode-se supor que possivelmente estes pais tiveram mais tempo para desenvolver habilidades positivas para o convívio familiar e para negociação de limites com os jovens. Isto está de acordo com dados de literatura no que se refere ao fato de que quanto maior o desconforto na situação atual associado ao uso da droga, maior a chance de o usuário decidir interromper o uso de drogas (Barcelos, 2006). Ao longo das intervenções, os pais eram orientados e incentivados a mudarem seu comportamento em relação ao jovem e estabelecerem regras claras, limites e mesmo consequências negativas, caso as regras estabelecidas não fossem cumpridas. Por exemplo: não dar dinheiro ao jovem e proibir o uso da Internet, enquanto houver uso de drogas ou quebra das regras estabelecidas. Vários autores concordam que desempenhar o papel de mãe e pai é estabelecer limites, proteger e cuidar das necessidades básicas de toda a família. Frequentemente, o familiar do dependente de drogas tem dificuldade de estabelecer fronteiras e definir regras no ambiente doméstico (Humberg, 2004). Os pais que realmente ajudam seus filhos aprendem que há limites no que podem

fazer, e que devem acreditar na habilidade do filho para resolver seus próprios problemas. Neste estudo, observamos que os pais que mais facilitam são os que mais se sentem culpados e que menos acreditam na habilidade de seus filhos, pois se sentem responsáveis por tudo na vida do filho. Entretanto, se os pais realmente querem ajudar seus filhos, devem abandonar a ideia de que suas carências afetivas só serão satisfeitas se seu filho corresponder às suas próprias expectativas (Barcelos, 2006).

Quando há a imposição de limites, em geral os jovens criticam os pais, dizendo que está havendo tolhimento de sua liberdade de escolha. Pelo relato dos pais, notamos que os jovens tentavam manipular os pais, para manter o uso da droga. Barcelos (2006) sugere que cabe aos pais “fixar o limite e subir o fundo do poço”. “Desta forma, cria-se uma crise artificial, em que o filho é confrontado com as consequências diretas do uso de drogas, que, com grande possibilidade, irá levá-lo à decisão certa” (p. 53). Partindo de princípio semelhante, no presente estudo os terapeutas incentivaram o uso de estratégias que fizessem emergir a crise através de algumas técnicas, imposição de limites por exemplo, para viabilizar mudanças no contexto familiar. Estas estratégias são descritas por outros autores da Terapia Familiar Sistêmica, como por exemplo, Vasconcellos (2002) que descreve o processo da *crise* como uma possibilidade de “mudanças que dariam origem a uma nova forma de funcionamento do sistema (...) surgiria uma nova ordem a partir da instabilidade, a partir de uma desordem (...) tratar-se-ia então de um processo de auto-organização, em que o sistema escolheria entre múltiplas soluções possíveis” (p. 124). Além das mudanças detectadas nos instrumentos de avaliação utilizados nesta pesquisa, os relatos dos pais confirmam a melhora no funcionamento familiar de suas famílias, por exemplo: “depois que eu impus um limite e deu certo, fiquei confiante para continuar” (J. S., 48 anos).

Silva et al. (2008) indicam vários tipos de dinâmicas familiares diante do problema de uso de drogas dos filhos. Algumas das possibilidades citadas sobre a maneira que os pais podem agir com filhos usuários de drogas são: rígida e autoritária, permissiva sem limites, distante e dependente.

Observamos que os grupos IND e GRU partiram de bases diferentes quanto aos sentimentos e comportamentos avaliados nas sessões iniciais, mas ao

final da intervenção ambos os grupos apresentaram semelhanças nos sentimentos e comportamentos observados (comparando-se GRU e IND), além de melhora significativa entre o início da intervenção e o final da mesma. Sendo assim, no início da intervenção havia heterogeneidade entre os pais quanto aos sentimentos e comportamentos (pais permissivos ou não, regras má estabelecidas, etc.), mas após a intervenção pode-se atingir o objetivo de mudança no funcionamento familiar, uma vez que os dados mostraram que os grupos GRU e IND eram semelhantes entre si com relação aos sentimentos e comportamentos observados (tarefas, metas, impotência, etc.)

As diferenças detectadas entre os grupos que receberam atendimento individual e em grupo na análise dos sentimentos e comportamentos, especificamente em relação ao estabelecimento de metas, limites, horários e ajuda nas tarefas sugere que há necessidade de abordagem individualizada para orientar os pais em relação a estes aspectos. Por outro lado, a abordagem em grupo parece ter sido eficaz para reduzir os sentimentos de culpa e os comportamentos facilitadores dos pais, assim como a minimização do uso de drogas dos filhos, temas abordados no início da intervenção.

As reduções de problemas detectadas no grupo CON oito semanas após a intervenção única sugere sua relativa efetividade quando dirigida a um grupo de pais que procura voluntariamente este tipo de orientação. Fatores motivacionais e a aplicabilidade das estratégias cognitivo-comportamentais bem como técnicas da Intervenção Breve propostas na intervenção única poderiam explicar sua efetividade.

Sendo assim, pode-se perceber que este estudo traz mais dados à literatura específica, detalhando tipos de sentimentos e comportamentos dos pais de jovens usuários de drogas, clareando aspectos da dinâmica familiar com mau funcionamento e relatando resultados da intervenção realizada com estes pais.

Esta pesquisa contribuiu para estudos da área de abordagens familiares com dependentes de drogas que é uma área ainda limitada no Brasil (Silva, 2011). Além da necessidade de mais pesquisas na área, há enorme demanda de atendimento destes pais, tanto pelo sofrimento vivido por eles, como pela falta de



informação e inadequação de comportamentos deles frente ao problema de uso de drogas do filho.

### **Limitações do estudo**

Os pais participantes procuraram o serviço espontaneamente, e portanto, não seriam representativos como uma amostra geral de pais de jovens usuários de drogas.

Embora o funcionamento familiar tenha sido avaliado de maneira objetiva pelo uso do FES (quantitativa) e por meio de anotações dos terapeutas (qualitativa), não houve uma sistemática prévia para a coleta de dados qualitativos.

## 6 . CONCLUSÕES

Confirmamos nossa primeira hipótese, de que as famílias com usuários de drogas têm mais problemas no seu funcionamento do que famílias sem usuários de drogas.

A avaliação da efetividade do programa de orientação para pais na redução de problemas de funcionamento familiar foi comprovada, em relação à maioria das áreas avaliadas. Houve aumento de coesão, expressividade, interesses intelectuais, lazer, religião, organização e controle e redução de conflitos.

A melhora no funcionamento familiar detectada pela aplicação da Escala do Ambiente Familiar (FES) foi corroborada pela análise qualitativa dos relatos de sessões. Estas indicaram redução nos sentimentos dos pais de culpa, impotência, raiva dos filhos e ansiedade, assim como dos comportamentos facilitadores e das brigas. Houve aumento no estabelecimento de limites e regras.

De modo geral, o tipo de intervenção (sessão única ou em oito sessões), assim como sua forma (individual ou em grupo) não influenciou a efetividade. Foram observadas melhoras em todos os grupos que receberam intervenção, com algumas diferenças pontuais entre os grupos em algumas áreas do funcionamento.

A adesão dos participantes à intervenção realizada foi alta (80,9% daqueles que receberam atendimento individual e de 78,5% daqueles que receberam atendimento em grupo).

Os participantes relataram um alto nível de satisfação com o programa oferecido, um pouco mais acentuada no grupo que recebeu atendimento individual do que naquele que recebeu atendimento em grupo, em relação a quanto a intervenção ajudou a lidar com problemas e se recomendariam o programa para outros.

## 7 . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, J. (1983). "Senhora." São Paulo: Ed. Moderna.
- Andrade, A. G., Duarte, P.C.A.V., Oliveira, L. G. (2010). "I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras." São Paulo: SENAD.
- Attkisson , C. C., Zwick , R. (1982). "The client satisfaction questionnaire: Properties and correla-tions with service utilisation and psychotherapy outcome. Evaluation and Program Planning." **5**: 233-237.
- Barcelos, C. (2010). "Quero o meu filho de volta." São Paulo: Ed. Alpha Conteúdos.
- Barcelos, C. R. (2006). "Quero minha vida de volta." São Paulo: Ed. IBMorumbi.
- Bateson G., J. D., Haley J., Weakland J. (1956). "Toward a theory of schizophrenia." Behavioral Science **1**: 251-264.
- Beck, J. (1997). "Terapia Cognitiva - Teoria e Prática." Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Benchaya, M. C., Bisch, N. K., Moreira, T. C., Ferigolo, M., Barros, H. M. T. (2011). "Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes." J. Pediatr **87**(3).
- Caballo, V. E. (2006). "Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento." São Paulo: Santos.
- Carlini, E. L. A., Noto A.R., Sanchez, Z. V. D. M., Carlini, C.A.M., Locatelli, D.P., Abeid, L.R., Amato, T.C., Opaleye, E.S., Tondowski, C.S., Moura, Y.G. (2010). "VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras." São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas:

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD, 2010, p.503

Carter, B. M., M. (1995). "As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar." Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho V., P. I., De Souza e Silva R, Carlini-Cotrim B. (1995). "Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school students." Addiction **90**(1): 65-72.

Chen, C., Storr, C. ,Anthony, J. (2009). "Early-onset drug use and risk for drugdependence problems." Addict Behav **34**: 319-322.

Clarck, D. B., Kirisci, L., Tarter, R. E. (1998). "Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males." Drug and Alcohol Dependence **49**: 115-121.

Copello, A. G., Velleman, R. D. B., Templeton, L. J. (2005). "Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems." Drug and Alcohol Review **24**: 369-385.

Costa, L. F., Guimarães, F. L., Pessina, L. M., Sudbrack, M. F. O. (2007). "Single Session work: single intervention with the family and adolescent in conflict with the law." Rev. bras. crescimento desenvolv hum. **17**(3).

De Micheli, D. (2000). "Adaptação e Validação e um Instrumento de Triagem (DUSI) e Estudo das Razões do Uso Inicial " Tese de Doutorado - UNIFESP - São Paulo.

De Micheli, D., Fisberg, M., Formigoni, M.L.O.S. (2004). "Estudo da Efetividade da Intervenção Breve para o Uso de Álcool e outras Drogas em Adolescentes

Atendidos num Serviço de Assistência Primária à Saúde." Revista da Associação Médica Brasileira **50**: 305-313.

De Micheli, D. and M. L. Formigoni (2002a). "Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns?" Addict Behav **27**(1): 87-100.

De Micheli, D. F., M. L. O. S. (2002b). "Psychometric properties of the Brazilian version of the drug use screening inventory." Alcoholism Clinical and Experimental Research: 1523-1528.

De Micheli, D. F., M. L. O. S. (2000). "Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI)." Addict Behav **25**: 683-691.

Edwards, G., Gross, M. M., Keller, M. Moser, J., Room, R. (1977). "Alcohol-related disabilities." NIAAA- Geneve: WHO **32**.

Eells, M. A. (1986). "Interventions with alcoholics and their families."  
" Nurs Clin North Am. **21**(3): 493-504.

Fonseca, A. M., Galduróz, J. C. F., Tondowski, C. F., Noto, A. R. (2009). "Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil." Rev. Saúde Pública **43**(5).

Formigoni, M. L. O. S. (1992). "A Intervenção Breve na Dependência de Drogas."  
São Paulo: Ed. Contexto.

Foxcroft D. R., T. A. (2011). "Universal Family-based prevention programs for alcohol misuse in young people." Cochrane Database Syst Rev **7**(9).

Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Carlini, E. A. (1997). "IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras."

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).  
São Paulo.

Galduróz, J. C. F., Noto, A.R., Fonseca, A.M., Carlini, E.A. (2005). "V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004". São Paulo: CEBRID.

Grant, B. F. D., D. A. (1997). "Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey." Journal of Substance Abuse **9**: 103-110.

Group, P. M. R. (1998). "Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes." Alcoholism Clinical and Experimental Research **22**: 1300-1311.

Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., Ingberman, Y. K. (2009). "Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas." Rev Psiq Clín. **36**(2): 69-74.

Humberg, L. V. (2004). "Dependência do Vínculo. Uma releitura do conceito de Co-dependência." Tese de Mestrado - USP - São Paulo.

John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T., Dilling, H., (2003) "Motivational intervention: an individual counselling vs a group treatment approach for alcohol-dependent in-patients." Alcohol **38** (3): 263-269.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2012). "Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of

key findings, 2011." Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan: 78.

Kirisci L, T. R. E., Hsu T.C. (1994). "Fitting a two-parameter logistic item response model to clarify the psychometric properties of the Drug Use Screening Inventory for adolescent alcohol and drug abusers." Alcohol Clin Exp Res **18(6)**: 1335-1341.

Malbergier, A., Cardoso, L. R. D., Amaral, R. A. (2012). "Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares." Cad. Saúde Pública **28(4)**: 678-688.

MATCH, P. (1995). "Motivational enhancement therapy manual." National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism **2**.

Merikangas, K., McClair, V. and H. G. (2012). "Epidemiology of substance use disorders." Hum Genet **20**.

Miller, W., Meyers, R. J., Tonigan, J. S. (1999). "Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems." Journal of Consulting and Clinical Psychology **67(5)**: 688-697.

Moos R. H., M., B. S. (1984). "Escala de Clima Social: Familia (FES), Trabajo (WES), Instituciones Penitenciarias (CIES), Centro Escolar (CES)." Madrid: TEA.

Mueser K. T., D. R. E., Turner W., McGovern M. (2006). "Comorbid substance use disorders and psychiatric disorders. In:

Miller W. R., Carroll K. M., "Rethinking Substance Abuse: What The Science Shows, and What We Should Do About It." New York: Guilford Press. 115-133.

Ockene J.K., Q. M. E., Goldberg R.J., Kristeller J.L., Donnelly G., Kalan K.L., Gould B., Greene H.L., Harrison-Atlas R., Pease J., et al. (1988). "A residents'

- training program for the development of smoking intervention skills." Archives of Internal Medicine **148**: 1039-1045.
- Paiva, F. S., Ronzani, T. M. (2009). "Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática" Psicologia em Estudo, Maringá **14**(1): 177-193.
- Porter-Serviss, S., Opheim, E. E., Hindmarsh, W. (1994). "Perceptions and attitudes with respect to drug use among grades 4 to 6 students: 1992." International Journal of the Addictions **21**: 739-766.
- Porto, P. (2005). "Orientação de pais de crianças com fobia social." Revista Brasileira de Terapias Cognitivas **1**(1).
- Prado, G., Pantin, H., Huang, S., Cordova, D., Tapia, M., Velazquez, M., Calfee, M., Malcolm, S., Arzon, M., Villamar, J., Jimenez, G. L., Cano, N., Brown, H., Estrada, Y. (2012). "Effects of a Family Intervention in Reducing HIV Risk Behaviors Among High-Risk Hispanic Adolescents." Arch Pediatr Adolesc Med **166**(2): 127-133.
- Prest, L. A., Benson, M. J., Protinsky, H. O. (1998). "Family of Origin and Current Relationship Influences on Codependency." Fam Proc **37**: 513-528.
- Rothwell, H. S., J. (2011). "Preventing alcohol misuse in young people aged 9-11 years through promoting family communication: an exploratory evaluation of the Kids, Adults Together (KAT) Programme." BMC Public Health **11**: 810.
- Rotunda, R. J., West, L., O'Farrell, T. J. (2004). "Enabling behavior in clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners." Journal of Substance Abuse Treatment **26**: 269-276.
- Ray, G., Mertens, J. and Weisner, C. (2007). "The excess medical cost and health



- problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems." Medical Care, **45** (2): 116–122.
- Ryan, S., Jorm, A., Kelly, C., Hart, L., Morgan, A., Lubman, D. (2011). "Parenting strategies for reducing adolescent alcohol use: a Delphi consensus study."
- Sanchez, Z. V. D. M., Oliveira, L.G., Nappo, S.A (2008). "Religiosity as a protective factor against the use of drugs." Substance Use & Misuse **43**: 1476-1486.
- Schenker, M., Minayo, M.C.S. (2004). "A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura." Cad. Saúde Pública **20**(3): 649-659.
- Schenker, M., Minayo, M.C.S. (2005). "Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência." Ciência e Saúde Coletiva **10**(003): 707-717.
- Sheehan D.V., S. K. H., Shytle R.D., Janavs J., Bannon Y., Rogers J.E., Milo K.M., Stock S.L., Wilkinson B. (1997). "Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)." European Psychiatric **12**: 232-241.
- Silva, E. A., De Micheli, D., Camargo, B. M. V., Buscatti, D., Alencar, M. A. P., Formigoni, M. L. O. S. (2006). "Drogas na Adolescência: Temores e Reações dos Pais." Psicologia: Teoria e Prática **8**(1): 41-54.
- Silva, E. A., Camargo, B. M. V., Pavin, T., Noto, A.N., Buscatti, D., Sartori, V., Formigoni, M. L. O. S. (2008). "As drogas no âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema." Psicologia: Teoria e Prática **10**(1): 214-222.
- Silva, E. A. (2011). "Avaliação do Funcionamento de Famílias com Dependentes de Drogas por meio da Family Assessment Measure-III (FAM-III)." Tese de Doutorado - UNIFESP - São Paulo.
- Spoth, R., Greenberg, M.T. (2005). "Toward a Comprehensive Strategy for Effective

## Practitioner–Scientist Partnerships and Larger-Scale

Community Health and Well-Being 2 This." American Journal of Community Psychology **35**(3/4).

Stanton, M. D., Todd, T. et al. (1985). "Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas." Barcelona: Ed. Gedisa.

Stewart, D. G., Brown, S. A. (1995). "Withdrawal and dependency symptoms among adolescent alcohol and drug abusers." Addiction **90**: 627-635.

Tarter, R. E., Laird, S. B., Bukstein, O., Kaminer, Y. (1992). "Validation of the Drug Use Screening Inventory: preliminary findings." Psychology of Addictive Behaviors **6**: 233-236.

Tarter, R. E., Mezzich, A. Kirisci, L. (1994). "Reliability of Drug Use Screening Inventory in Adolescent Alcoholics." Jornal Child Adolescent Substance Abuse **3**: 25-36.

Thomas, E. J., Yoshioka, M., Ager, R. D. (1996). "Spouse enabling of alcohol abuse: Conception, assessment, and modification " Journal of Substance Abuse **8**(1): 61-80.

Todd, T., Selekman, M. (1991) Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston. Allyn and Bacon.

Vannicelli, M., Gingerich, S., Ryback, M. D. (1983). "Family Problems Related to the Treatment and Outcome of Alcoholic Patients." British Journal of Addiction **78**(2): 193-204.

Vasconcellos, M. J. E. (2002). "Pensamento sistêmico - o novo paradigma da ciência." Campinas: Ed. Papiro.

Velleman, R. (2011). "Counselling for alcohol problems" 3rd edition. London: Sage.

- Vianna, P. T. V. (2004). "Comparação do ambiente familiar de dependentes de álcool e/ou outras drogas, avaliado pela Escala do Ambiente Familiar (FES-Family Environment Scale)." Tese de Mestrado - UNIFESP - São Paulo.
- Vianna, V. P. T., Silva, E., Souza-Formigoni, M.O. (2007). "Versão em português da Family Environment Scale: aplicação e validação." Rev. Saúde Pública **vol.41**(3): 419-426.
- White, M. (1995). "Re-authoring Lives: Interviews and Essays. ." Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- WHO, W. H. O. (1996). "Brief Intervention Study Group." American Journal of Public Health **86**: 948-955.
- Woolf, K., McManus, C., Gill, D., Dacre, J. (2009). "The effect of a brief social intervention on the examination results of UK medical students: a cluster randomised controlled trial." BMC Med Educ **9**(95).
- Yap, M., Jorm, A., Bazley, R., Kelly, C., Ryan, S., Lubman, D. (2011). "Web-based parenting program to prevent adolescent alcohol misuse: rationale and development." Australas Psychiatry **19**(4).
- Zemel, M. L. S. (2001). "O papel da família no tratamento da dependência." Revista IMESC: 43-63.

## ABSTRACT

Young people with problems associated with psychotropic drugs use are often reluctant to seek advice, and their parents do not know how to handle such situations. Faced with this demand, we developed a counseling program aimed at parents of young psychotropic substance abusers. The objectives of this study were: to assess the degree of compliance and satisfaction of parents with the orientation program; to evaluate the influence of the kind of intervention offered (individual or group) as well as of its frequency (eight sessions or a single intervention) on family functioning; to investigate whether there were changes in family functioning after a period of eight weeks. Participants were 140 parents or guardians of young people (12-25 y.o.) who, according to their parents, were abusive users of psychotropic substances. The parents were randomly assigned to a control group (CON), which participated in a single intervention (N = 48), to a group (IND) which participated in an intervention with eight weekly individual sessions (N = 42) or to a group (GRU) which participated in an intervention with eight weekly group sessions (N = 50). We also included a negative control group (CONEG), composed of 23 parents or guardians of young people who, according to their parents or guardians, were not psychotropic substances users. For the assessment of family functioning, the instrument FES (Family Environment Scale - FES) was applied to all participants before the first intervention session and eight weeks thereafter. Adherence to the program was high: IND - 80,9% and GRU - 78,5%. Improvement was observed in family functioning after this period, especially in the FES areas of cohesion, expressiveness, conflict, independence, intellectual interests, leisure, organization and control. In general, parents who received the intervention of eight sessions (in group or individual) showed improvement in family functioning similar to that of parents who received only a single-session intervention. These data suggest that a single counseling session can help to improve family functioning. In the negative control group, which received no intervention, there were no significant changes in the FES scores after eight weeks. All participants reported high levels of satisfaction.

## 8 . ANEXOS

### ANEXO 1 - Questionário pré-seleção

#### UNIDADE DE DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Registro: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### QUESTIONÁRIO PRÉ-SELEÇÃO - Q.P.S. – ORIENTAÇÃO AOS PAIS

##### 1 - Dados gerais:

a.Nome: \_\_\_\_\_ Fone Res. ( ) \_\_\_\_\_

b.End.Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

zona da cidade (norte , sul, leste, oeste: \_\_\_\_\_)

Cep: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fone Com. \_\_\_\_\_ Fone recado/ celular: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Nome do familiar usuário de drogas/álcool \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

3. Qual o grau de parentesco? ( ) pai ( ) mãe ( ) avó, avô ( )tio(A) ( ) outros\_\_

4. Como soube do serviço: ( ) TV ( ) jornal/ radio ( ) Amigos/Familiares  
( ) Serv. Médico/Saúde ( ) Outros \_\_\_\_\_

5. Qual a substância que causa problemas ao familiar: ( ) Álcool ( ) outras  
Drogas ( ) Álcool + outras drogas

Se há uso de drogas, qual / quais drogas mais utilizadas atualmente:

cocaína ( ) crack ( ) oxi ( ) maconha ( ) êxtase ( )

Há quanto tempo soube do uso de drogas do seu filho?: \_\_\_\_\_

6. a. Qual é sua idade ? .....anos; nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

b. Você sabe ler e escrever? ( ) sim ( ) não.

Até que ano (série) o Sr./Sra estudou? \_\_\_\_\_

c. Você trabalha fora? ( ) Faz bico? ( ) não trabalha fora ( )

c. O familiar está em tratamento, atualmente, para o problema ?

( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

d. Pode vir ao Centro, semanalmente, para consulta ? ( ) sim ( ) não

**7. Estado Civil:**

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Vive junto ( ) Separado/Divorciado ( ) Viúvo

**8. Reside com o usuário?** ( ) Sim ( ) Não

**9. Agendamento: (para uso da secretaria)**

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ horário: \_\_\_\_\_ **9- Nome do Profissional:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 - Escala de Ambiente Familiar – FES

NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR –FES FORMA R

(Moos, 1984)

FRASES	V	F
1- As pessoas da família de fato se ajudam e dão apoio (moral) umas às outras.		
2- As pessoas da família freqüentemente guardam seus sentimentos para si mesmas.		
3- Nós brigamos muito em nossa família.		
4- Freqüentemente em nossa família nós não fazemos as coisas sozinhos.		
5- Nós sentimos que é importante sermos os melhores em qualquer coisa que nós façamos.		
6- Freqüentemente nós conversamos sobre problemas políticos e sociais.		
7- Nós passamos a maioria dos fins de semana e noites em casa.		
8- As pessoas de nossa família freqüentemente vão à igreja (ou a outro tipo de culto religioso) .		
9- Atividades familiares são cuidadosamente planejadas.		
10- Raramente manda-se em alguém da família.		
11- Freqüentemente as pessoas da família parecem estar "matando o tempo" quando estão em casa.		
12- Em casa, nós dizemos qualquer coisa que quisermos.		
13- Raramente as pessoas da família se tornam visivelmente zangadas.		
14- Em nossa família, somos muito encorajados a sermos independentes .		
15- Em nossa família ter sucesso na vida é muito importante .		
16- Raramente nós vamos a palestras, teatros ou concertos.		
17- Freqüentemente amigos vêm em casa para jantar ou nos visitar .		
18- Em nossa família nós não rezamos .		
19- Nós geralmente somos muito limpos e organizados.		
20- Em nossa família existem pouquíssimas regras a serem seguidas.		
21- Nós colocamos muita energia naquilo que fazemos em casa.		
22- Em casa é difícil desabafar sem preocupar ou magoar alguém .		
23- Algumas vezes as pessoas da família ficam tão bravas que atiram coisas.		
24- Em nossa família, nós tiramos nossas próprias conclusões sobre as coisas .		

25- Para nós, não importa quanto dinheiro uma pessoa ganha.		
26- Em nossa família é muito importante aprender coisas novas e diferentes .		
27- Em nossa família, ninguém pratica esportes, como futebol, voleibol ,etc.		
28- Frequentemente nós falamos sobre o significado religioso do Natal ou de outros feriados religiosos.		
29- Frequentemente é difícil achar as coisas em casa quando nós precisamos delas.		
30- Há uma pessoa da família que toma a maioria das decisões.		
31- Há um sentimento de união em nossa família.		
32- Nós contamos, uns aos outros, nossos problemas pessoais.		
33- Raramente as pessoas da família perdem o auto controle .		
34- Cada um entra e sai de casa quando quer.		

35- Nós acreditamos em competição e em “que vença o melhor”.		
36- Nós não temos muito interesse em atividades culturais.		
37- Frequentemente nós vamos ao cinema, a jogos, a acampamentos, etc.		
38- Nós não acreditamos em céu ou inferno.		
39- Em nossa família chegar na hora certa é muito importante .		
40- Em casa existem maneiras bem determinadas de se fazer as coisas.		
41- É raro que alguém se ofereça como voluntário quando algo precisa ser feito em casa,.		
42- Frequentemente se nós sentimos impulsivamente vontade de fazer alguma coisa, nós a fazemos.		
43- As pessoas da família criticam com frequência umas às outras.		
44- Em nossa família há pouquíssima privacidade.		
45- Nós sempre nos esforçamos para fazer as coisas um pouco melhor da próxima vez.		
46- Raramente temos discussões sobre assuntos intelectuais.		
47- Em nossa família, todas as pessoas tem um ou dois passatempos favoritos.		
48- As pessoas da família tem ideias firmes acerca do que é certo e do que é errado.		
49- Frequentemente as pessoas de nossa família mudam de opinião		
50- Em nossa família existe uma grande ênfase para que as regras sejam seguidas .		
51- As pessoas de nossa família realmente apoiam umas às outras.		
52- Frequentemente alguém fica aborrecido se você se queixar ou reclamar.		
53- Algumas vezes as pessoas da família se pegam a tapas.		
54- As pessoas da família quase sempre são auto-suficientes quando aparece um problema .		



55- Raramente as pessoas da nossa família se preocupam com promoção no trabalho, notas escolares, etc.		
56- Em nossa família alguém toca um instrumento musical.		
57- As pessoas da nossa família não se envolvem muito em atividades de lazer além do trabalho ou da escola.		
58- Nós acreditamos que existem algumas coisas nas quais simplesmente se deve acreditar.		
59- As pessoas da família certificam-se de que seus quartos estejam arrumados.		
60- Todos tem direito igual de opinião nas decisões da família.		
61- Em nossa família existe pouquíssimo "espírito de grupo".		
62- As questões relativas a dinheiro e despesas são tratadas abertamente em nossa família.		
63- Se há um desentendimento em nossa família, tentamos com todo empenho amenizar as coisas e manter a paz.		
64- As pessoas da família incentivam muito umas às outras a defenderem seus direitos.		
65- Não nos esforçamos muito para sermos bem sucedidos (ter sucesso na vida).		
66- As pessoas da família freqüentemente vão à biblioteca.		
67- Algumas vezes pessoas da família freqüentam cursos ou tem aulas sobre algum <i>hobby</i> ou coisas que lhes interessam (fora da escola).		
68- Em nossa família, cada pessoa tem ideias diferentes sobre o que é certo e o que é errado.		
69- As obrigações de cada um são claramente definidas em nossa família.		
70- Nós podemos fazer o que quisermos em casa.		
71- Nós nos damos realmente bem uns com os outros .		

72- Freqüentemente somos cuidadosos com o que dizemos uns aos outros.		
73- Freqüentemente, as pessoas de nossa família procuram se mostrar ou serem melhores do que os outros.		
74- Em nossa família é difícil sermos independente sem ferir os sentimentos de alguém.		
75- O lema em nossa família é “o trabalho vem antes da diversão”.		
76- Em nossa família, assistir televisão é mais importante do que ler.		
77- As pessoas de nossa família saem bastante.		
78- A Bíblia é um livro muito importante em nossa casa.		
79- Em nossa família o dinheiro não é administrado com muito cuidado.		
80- As regras em casa são um tanto quanto inflexíveis.		
81- Em nossa família damos bastante tempo e atenção para todas as pessoas.		

82- Há muitas conversas e trocas de ideias espontâneas em nossa família.		
83- Em nossa família, nós acreditamos que levantando a voz para o outro você nunca chega a lugar algum.		
84- Em nossa família, nós não somos encorajados a dizer o que pensamos.		
85- As pessoas da família são freqüentemente comparadas com outras pessoas em relação a se eles estão indo bem no trabalho ou na escola.		
86- As pessoas da família realmente gostam de música, arte e literatura.		
87- Nossa principal forma de diversão é ver TV ou escutar rádio.		
88- As pessoas da família acreditam que se você pecar, será punido.		
89- A louça é geralmente lavada logo depois das refeições.		
90- Em nossa família, não podemos escapar das conseqüências do que fazemos.		

## **ANEXO 3 - Contrato de orientação aos pais**

### **CONTRATO DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS - GRUPO**

Compreendemos a dependência de drogas como um comportamento aprendido, possível de ser modificado através da participação ativa, tanto do paciente como de sua família, no processo de mudança.

A orientação aos pais é composta por **8 sessões**, com duração de **90 minutos** cada. Para que cada sessão ocorra é necessária a presença dos mesmos familiares que iniciaram o tratamento durante as sessões. Pode haver adição de familiares, mas em hipótese alguma substituição dos familiares.

As sessões serão discutidas em reunião clínica sob a coordenação da psicóloga Cristiana Renner, com a presença da equipe de atendimento dos **Programa de Orientação aos Pais e do Adolescente** e poderão ser acompanhadas e assistidas por outros profissionais da equipe, através das salas de espelho e também poderão ser gravadas mediante autorização prévia da família.

A UDED garante que todas as informações colhidas estarão protegidas por sigilo e confidencialidade e discutidas somente dentro da equipe clínica. Este atendimento faz parte da pesquisa do “Programa de Orientação aos Pais de de Jovens de 12 a 25 anos que usam/abusam de álcool e/ou outras drogas” sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lucia Formigoni e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise De Micheli.

#### **Normas para o paciente e seus familiares**

- 1) Se houver falta na primeira sessão, o tratamento será cancelado e a vaga preenchida por pessoas da lista de espera.
- 2) A consulta será cancelada caso haja atraso de 15 minutos ou mais.

- 3) No caso de falta: avisar com antecedência o não comparecimento. Caso falte sem aviso prévio (em casos graves) avisar no mesmo dia o motivo para a falta.
- 4) Faltas, justificadas ou não, não terão reposição.
- 5) No caso de haver 3 (três) faltas, será entendido como abandono de tratamento e o retorno só será possível 2 (dois) meses depois da última sessão realizadas (o participante será excluído).
- 6) Manter endereços e telefones atualizados.

De acordo (paciente): \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

De acordo: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

De acordo: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

De acordo: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **CONTRATO DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS - INDIVIDUAL**

Compreendemos a dependência de drogas como um comportamento aprendido, possível de ser modificado através da participação ativa, tanto do paciente como de sua família, no processo de mudança.

A orientação aos pais é composta por **8 sessões**, com duração de **50 minutos** cada. Para que cada sessão ocorra é necessária a presença dos mesmos familiares que iniciaram o tratamento durante as sessões. Pode haver adição de familiares, mas em hipótese alguma substituição dos familiares.

As sessões serão discutidas em reunião clínica sob a coordenação da psicóloga Cristiana Renner, com a presença da equipe de atendimento do

**Programa de Orientação aos Pais** e poderão ser acompanhadas e assistidas por outros profissionais da equipe, através das salas de espelho e também poderão ser gravadas mediante autorização prévia da família.

A UDED garante que todas as informações colhidas estarão protegidas por sigilo e confidencialidade e discutidas somente dentro da equipe clínica. Este atendimento faz parte da pesquisa do “Programa de Orientação aos Pais de de Jovens de 12 a 25 anos que usam/abusam de álcool e/ou outras drogas” sob a orientação da Profª Drª Maria Lucia Formigoni e Profª Drª Denise De Micheli.

### **Normas para o paciente e seus familiares**

- 1) Se houver falta na primeira sessão, o tratamento será cancelado e a vaga preenchida por pessoas da lista de espera.
- 2) A consulta será cancelada caso haja atraso de 15 minutos ou mais.
- 3) No caso de falta: avisar com antecedência o não comparecimento. Caso falte sem aviso prévio (em casos graves) avisar no mesmo dia o motivo para a falta.
- 4) Faltas, justificadas ou não, não terão reposição.
- 5) No caso de haver 3 (três) faltas, será entendido como abandono de tratamento e o retorno só será possível 2 (dois) meses depois da última sessão realizadas (o participante será excluído).
- 6) Manter endereços e telefones atualizados.

De acordo (paciente)\_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

De acordo\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

De acordo\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 4 - Registro de sessão individual

### REGISTRO DE SESSÃO INDIVIDUAL

Nº. SESSÃO: \_ DATA: \_/ \_/20\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº. REG. \_\_\_\_\_

TERAPEUTA \_\_\_\_\_ NOME DO FILHO(A): \_\_\_\_\_

RESUMO DA QUEIXA TRAZIDA:

---

---

METAS DO ATENDIMENTO: limites, responsabilidade por tarefas domésticas, planejamento.

---

---

HISTÓRICO FAMILIAR, SENTIMENTOS ENVOLVIDOS (atuais ou do passado; facilitação, agressividade, super proteção, etc.)

---

---

PROGNÓSTICO, ADESÃO AO TRATAMENTO (0 a 2)

---

## ANEXO 5 - Registro de sessão em grupo

ORIENTAÇÃO AOS PAIS - REGISTRO DE SESSÃO – GRUPO (3 CASOS)

Nº SESSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/2011  
(paciente, filho(a), registro):

---

---

RESUMO DA QUEIXA ATUAL:

---

METAS DO ATENDIMENTO: limites, respons. por tarefas domésticas, planejamento.

---

---

HISTORICO FAMILIAR, SENTIMENTOS ENVOLVIDOS (atuais ou do passado; facilitação, agressividade, super proteção, etc.)

---

---

PROGNÓSTICO, ADERÊNCIA AO TRATAMENTO (0 a 2)

---

(paciente, filho(a), registro):

---

---

---

RESUMO DA QUEIXA ATUAL:

---

METAS DO ATENDIMENTO: limites, respons. por tarefas domésticas, planejamento.

---

HISTORICO FAMILIAR, SENTIMENTOS ENVOLVIDOS (atuais ou do passado; facilitação, agressividade, super proteção, etc.)

---

---

PROGNÓSTICO, ADERÊNCIA AO TRATAMENTO (0 a 2)

---

---

(paciente, filho(a), registro):

---

---

RESUMO DA QUEIXA ATUAL:

---

---

METAS DO ATENDIMENTO: limites, respons. por tarefas domésticas, planejamento.

---

---

HISTORICO FAMILIAR, SENTIMENTOS ENVOLVIDOS (atuais ou do passado; facilitação, agressividade, super proteção, etc.)

---

---

PROGNÓSTICO, ADERÊNCIA AO TRATAMENTO (0 a 2)

---

---

TERAPEUTA: \_\_\_\_\_



## **ANEXO 6 - Questionário de Satisfação do Cliente (QSC-7)**

### Questionário de Satisfação do Cliente (QSC-7)

Por favor, ajude-nos a melhorar nosso “Programa de Atendimento” respondendo algumas questões relacionadas ao atendimento que você recebeu. Nós estamos interessados na sua verdadeira opinião, seja ela positiva ou negativa em relação ao nosso serviço. Por favor, responda todas as questões. Desde já agradecemos seus comentários, sugestões e sua colaboração.

#### **Assinale sua resposta:**

#### **1. Como você considera o atendimento que você recebeu?**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Insatisfatório | 3. <input type="checkbox"/> Bom       |
| 2. <input type="checkbox"/> Razoável       | 4. <input type="checkbox"/> Excelente |

#### **2. Você recebeu o tipo de atendimento que você esperava?**

1.  Não
2.  Sim, parcialmente
3.  Sim, totalmente

#### **3. Até que ponto o nosso programa preencheu suas necessidades?**

1.  Nenhuma das minhas necessidades foram atingidas
2.  Somente algumas das minhas necessidades foram atingidas
3.  A maioria das minhas necessidades foram atingidas
4.  Todas as minhas necessidades foram atingidas

**Assinale a nota você atribui aos seguintes aspectos do nosso serviço:**

Insuficiente (2) / Razoável (2) / Boa (3) / Excelente (4)

4. Secretárias: \_\_\_\_\_

5. Sessões com Terapeuta: \_\_\_\_\_

6. O atendimento que você recebeu lhe ajudou a lidar mais facilmente com os problemas?

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1.  __  Não, piorou as coisas | 3.  __  Ajudou um pouco |
| 2.  __  Não, não ajudou       | 4.  __  Ajudou muito    |

7. Se você precisar de ajuda novamente, você retornará ao nosso serviço?

1. |\_\_| Não
2. |\_\_| Sim, talvez
3. |\_\_| Sim, sem dúvida

8. Se um amigo(a) tivesse uma necessidade semelhante a sua, você recomendaria nosso “Programa de Atendimento” para ele(a)?

1. |\_\_| Não
2. |\_\_| Sim, talvez
3. |\_\_| Sim, sem dúvida

**Pontos negativos da intervenção:**

---

**Pontos positivos da intervenção:**

---

**Pontuação:** Some os itens de acordo com sua respectiva numeração. A pontuação varia de 8 a 29, com o mais alto numero indicando maior nível de satisfação.

## **ANEXO 7- Termo de consentimento livre e esclarecido**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do “TRATAMENTO NO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS DE JOVENS DE 12 A 25 ANOS QUE USAM/ABUSAM DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS DO AMBULATORIO DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS” que tem como objetivo fornecer informações, diagnóstico e orientação de tratamento aos pais/responsáveis destes jovens durante 8 sessões.

Caso você aceite participar, na primeira fase do atendimento você receberá algumas informações a respeito da intervenção e participará de uma intervenção que abordará alguns temas importantes da área de estudos sobre álcool e drogas. Você também responderá a alguns questionários com perguntas sobre dados gerais como sua idade, endereço e também sobre o seu convívio familiar atual (um grupo receberá o questionário sobre o convívio familiar e outro grupo não receberá).

Na segunda fase você participará de 8 sessões de orientação. Através de um método de escolha aleatória, você participará das 8 sessões individualmente, conversando somente com o terapeuta da equipe do Programa ou receberá as 8 sessões em grupo de aproximadamente 8 participantes. Em ambos os tratamentos há um contrato de sigilo sobre os temas discutidos. Você poderá se beneficiar da orientação que pretende ajudá-lo na solução de problemas associados ao convívio familiar e abuso de álcool e outras drogas. Os temas abordados nos atendimentos só serão discutidos em reunião clínica fechada, com a presença dos membros da equipe do Programa de Orientação aos Pais/responsáveis presentes. Portanto nenhuma informação que você fornecer será divulgada para outras pessoas sem seu consentimento. As informações só serão utilizadas com a finalidade de pesquisa, mantendo total sigilo sobre sua identidade.

Existem outros serviços que também podem oferecer tratamento para seu tipo de problema, mas solicita-se que durante o período de participação no projeto você não participe de outro tipo de tratamento.

Pedimos que você seja sincero(a) nas respostas, mas caso sejam feitas perguntas que você não queira responder, pode deixá-las em branco. Você não terá nenhum gasto financeiro com o tratamento oferecido. Seus dados serão mantidos em local seguro, ao qual só os pesquisadores envolvidos terão acesso. Você tem direito de desistir do seu consentimento de participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Você será informado(a) sobre os resultados do estudo quando os pesquisadores tiverem analisado os dados. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Se você tiver alguma dúvida ou consideração a fazer, procure pela Dra. Denise De Micheli, pesquisadora responsável por este estudo no seguinte endereço: R. Napoleão de Barros, 1038, SP / tel.: 5549-2500.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DO AMBULATORIO DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS DE JOVENS DE 12 A 25 ANOS QUE USAM/ABUSAM DE ÁLCOOL E/OU DROGAS”. Eu conversei com o(a) pesquisador (a) \_\_\_\_\_ e ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME DO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntaria o consentimento livre e esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Nome do pesquisador(a) que obteve o consentimento \_\_\_\_\_

Caso você tenha dúvidas sobre questões relacionadas à ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP na Rua Botucatu, 572 – 1º andar, conj. 14 ou pelos telefones 5571-1062/5539-7162, email: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

## ANEXO 8 - Autorização para uso do FES em pesquisa

Página 1 de 1

Prezada  
Senhora,

Conforme ficou estabelecido através de sua orientadora de Tese, autorizamos a utilização do Instrumento Family Environment Scale - FES, por nós representado no Brasil, na aplicação para até 400 pessoas, para fins de pesquisa.

Muito apreciariamos receber um exemplar da tese final, para nossos arquivos.

Right do Brasil  
Ltda.  
MIGUEL  
VIZIOLI  
Diretor

Right do Brasil  
Ltda.  
Av. Brigadeiro faria Lima,  
1800, 107 andar  
São Paulo/ SP - Cep  
01452-001

<https://webmail.unifesp.br/imp/download/?mime=f91974f749e0b65cd02a961...> 16/02/2004

parecer: *Ornelas*  
-PRPG-



**Serviço Público Federal**  
**Universidade Federal de São Paulo**  
**Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa**



**ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**

Aos vinte e oito dias do mês de maio do ano dois mil e doze, reuniu-se no Anfiteatro Brasil Tufik (Psicobiologia) às 14:00 horas, a Comissão Julgadora para a DEFESA DE TESE DE DOUTORADO, solicitada por CRISTIANA ORNELAS RENNER, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em PSICOBIOLOGIA, que apresentou tese sob o Título: IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARA PAIS DE JOVENS COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NO FUNCIONAMENTO FAMILIAR.

A referida Comissão esteve constituída pelos Professores Doutores:

- Profa. Dra. ANA REGINA NOTO - Professora Adjunta - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo;
- Profa. Dra. FATIMA BUCHELE - Professora - Departamento de Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina;
- Profa. Dra. MARIA LUCIA OLIVEIRA DE SOUZA FORMIGONI - Professora Associada Livre Docente - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo;
- Profa. Dra. MARIA SYLVIA DE SOUZA VITALE - Médica Coordenadora - Setor de Medicina do Adolescente - Universidade Federal de São Paulo;
- Profa. Dra. SILVIA BRASILIANO - Pesquisadora - Departamento de Psiquiatria - Universidade São Paulo;

O(a) Presidente Profa. Dra. MARIA LUCIA OLIVEIRA DE SOUZA FORMIGONI, inicia a sessão dando a palavra ao(a) candidato(a), que dispõe de trinta minutos no máximo, para expor sua tese. A seguir dá a palavra aos Professores para a arguição. Cada examinador(a) dispõe de trinta minutos, no máximo, para arguição, bem como o(a) candidato(a) para as respostas. Tendo o(a) candidato(a) respondido todas as arguições em tempo hábil os membros da Banca Examinadora, emitirã seus Pareceres:

Prof. Drs.:

- ANA REGINA NOTO, *aprovada*
- FATIMA BUCHELE, *aprovada*
- MARIA LUCIA OLIVEIRA DE SOUZA FORMIGONI, *aprovada*
- MARIA SYLVIA DE SOUZA VITALE, *aprovada*
- SILVIA BRASILIANO, *aprovada*

Em face dos referidos pareceres, a Comissão Julgadora considera o(a) Sr(a) CRISTIANA ORNELAS RENNER habilitado(a) a receber o título de DOUTOR EM CIÊNCIAS pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. E por estarem de acordo, assinam a presente ata. São Paulo, segunda-feira, 28 de maio de 2012.

*Ana Regina Noto*  
Profa. Dra. ANA REGINA NOTO

*Fátima Buchele*  
Profa. Dra. FATIMA BUCHELE

*Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni*  
Profa. Dra. MARIA LUCIA OLIVEIRA DE SOUZA FORMIGONI

*Maria Sylvia de Souza Vitale*  
Profa. Dra. MARIA SYLVIA DE SOUZA VITALE

*Silvia Brasiliano*  
Profa. Dra. SILVIA BRASILIANO

recebido em *29/05/12*  
Por *Ornelas*  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e  
Pesquisa/UNIFESP

Sugestões e Observações