

## **ORIENTAÇÃO FAMILIAR PARA DEPENDENTES QUÍMICOS: PERFIL, EXPECTATIVAS E ESTRATÉGIAS**

*Neliana Buzi Figlie*- Psicóloga e Pós-Graduanda da UNIAD - Depto de Psiquiatria da UNIFESP

*Sandra Cristina Pillon*- Enfermeira Mestre da UNIAD - Depto de Psiquiatria da UNIFESP

*John Dunn* – Doutor em Psiquiatria, coordenador da UNIAD - Depto de Psiquiatria da UNIFESP

*Ronaldo Laranjeira*- Doutor em Psiquiatria, Coordenador da UNIAD e Professor Adjunto do Depto de Psiquiatria da UNIFESP

Total de páginas = 16

### **RESUMO:**

Este trabalho procura mostrar uma alternativa de Orientação Familiar, segundo o modelo cognitivo, que tem por objetivo incrementar a qualidade nas relações do grupo, orientando sobre condutas mais adequadas para a família, obtendo ganhos tanto para os familiares, bem como para a recuperação dos dependentes.

O trabalho é desenvolvido em seis sessões semanais, com temas previamente estabelecidos, possuindo uma duração de 75 minutos, na qual são reunidos um ou mais membros de cada família, totalizando ao máximo oito famílias. Contamos com uma amostra de 146 famílias atendidas no ambulatório da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina – Depto de Psiquiatria, durante o período de 1995 à 1998, sendo o dependente (álcool ou drogas) usuário do programa de tratamento ou não. Será descrita a população participante em termos de dados demográficos, tratamentos realizados para os familiares e dependente, expectativas em relação ao grupo de orientação familiar, formas que a família encontra para auxiliar o dependente e motivos para este ter desenvolvido a dependência.

**UNITERMOS:** Família, Dependência Química, Álcool, Drogas, Orientação

## **Family Orientation for Chemically Dependent Patients: family profiles, expectations and strategies**

### **ABSTRACT**

This article describes a form of Family Orientation using concepts from cognitive therapy aimed at improving the quality of the relationship between the patient and his or her family, by orientating the family towards more appropriate responses to the patient's addictive behaviours.

The intervention takes place over 6 weekly sessions each lasting about 75 minutes, with one or more family members participating up to a maximum of 8 families. Each session is based on a predetermined topic, although families also have the opportunity to raise their own concerns. One hundred and forty-six families were treated at UNIAD (Alcohol and Drug Research Unit) of the Federal University of São Paulo from 1995 up to 1998, irrespective of whether the dependent family member was also undergoing treatment at the same institution. The results presented concern the sociodemographic details of the families that attended, their expectations in terms of the treatment offered, the coping strategies that they had already developed, how these strategies had developed, beliefs about why their family member had developed substance abuse and a description of the interventions suggested during the sessions.

**Key words:** *Family intervention, Alcohol, Substance Misuse, Counselling*

## INTRODUÇÃO

A abordagem familiar em dependência química teve início em 1940, com a criação dos grupos de Al-Anon por parte dos Alcoólicos Anônimos. A partir desta época o tema passou a receber maior atenção, sendo encontrados aproximadamente 400 estudos entre o período de 1954 à 1978 (18) e pelo menos o dobro deste número até 1988 (8; 17; 12).

Em 1981, Wegsheider (22) introduziu o conceito de co - dependência, caracterizado por uma obsessão familiar sobre o comportamento do dependente e seu bem-estar, onde o controle do consumo alcoólico passa a ser o eixo da organização familiar (4) .

A abordagem sistêmica trouxe o conceito do paciente identificado, no qual o sistema familiar faz o pedido: “ajude-nos a mudar o paciente sem interferir em nossas relações”. Este pedido, de certo modo, reflete que a pessoa sintomática parece ficar aprisionada num papel em que a família resiste às mudanças (1).

A literatura aponta a importância da família na reabilitação do dependente. Em estudo de seguimento com narcóticos em tratamento hospitalar, no estado de Nova York, foi encontrada a porcentagem de 90% de pacientes com idade ao redor de 22 anos, que após a alta voltavam a morar com suas respectivas mães, enquanto 59% dos pacientes na faixa de 30 anos voltavam a morar com as mães ou parentes, como avós ou irmãs (21). Goldstein et al. (7) situaram que os dependentes químicos tendem a utilizar o lar como um ponto de referência constante em suas vidas. Estudo com homens usuários de cocaína ou opiáceos, na faixa etária de 30 a 42 anos, mostrou que 82% mantinham um contato constante com sua família de origem por telefone ou pessoalmente e que em 60% dos casos, o pai era ausente na infância. Tal fato pode ter criado a necessidade prematura na criança em assumir responsabilidades adultas, contribuindo para a iniciação no consumo de drogas (3).

Na realidade, a abordagem familiar em dependência química como modalidade de tratamento é recente. Vários modelos de atuação estão em operação, sendo que a maioria dos terapeutas familiares vem descobrindo a sua própria mistura, utilizando uma gama de idéias e práticas diferentes (2). Indiscutivelmente, a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas terapêuticos (9). Contudo, até o momento não foi estabelecida uma abordagem de maior eficácia nesta área.

Na década de 90 houve rápido crescimento das terapias focadas na solução, onde o objetivo não é examinar as causas da doença ou disfunção, e sim enfatizar as soluções (5). Este método parece ser facilmente aprendido e aparentemente traz resultados rápidos porque se concentra no problema, sendo de maior aceitação para as famílias e dependentes, pois não atribui responsabilidades implícitas. Os sintomas são tratados como se existissem e funcionassem simultaneamente no indivíduo e entre os indivíduos. Neste contexto, o terapeuta utiliza o “reenquadramento”, onde os problemas da família ou do paciente são colocados numa estrutura de significados, oferecendo novas perspectivas e possibilitando novos comportamentos. Não deve existir a preocupação da neutralidade analítica, necessitando que o terapeuta fique mais próximo do grupo, utilizando-se de orientações, informações, sugestões, incentivos, proibições, entre outros.

O que as pessoas esperam de uma terapia breve ou de um grupo de apoio depende do quanto elas estão envolvidas e afetadas com a situação do uso de drogas, podendo ocorrer variações entre diversos tipos de pessoas, culturas, subculturas e grupos étnicos. Logo, o tipo de suporte pode ser decidido com referência neste tipo de envolvimento, mas em geral é esperado (11):

- 1) Fazer com que as pessoas sintam-se mais contentes e felizes, menos preocupadas e ansiosas e consigam visualizar atividades, sentimentos ou situações positivas, reestabelecedoras de sua saúde mental;
- 2) Não estar sempre zangado ou frustrado, demonstrando capacidade de falar sobre seus sentimentos. Ao abrir um espaço para falar sobre estes, as pessoas envolvidas tornam-se mais conscientes de suas reações de violência, podendo evitá-las;
- 3) Não falar o tempo todo sobre drogas, mantendo um diálogo saudável sobre outros aspectos da vida;
- 4) Trabalhar a sensação de que nada pode ser feito ou sensação de estar amarrado. Perceber que existe a possibilidade de fazer algo ou simplesmente aceitar o fato de que não pode fazer nada em determinadas situações;
- 5) Tentar fazer o melhor pela família e para si mesmo, levando em conta as necessidades de todas as pessoas envolvidas;
- 6) Estar apto para ouvir, pois muitas vezes o simples fato de ouvir pode ser terapêutico. Ser capaz de contar aos outros o que pode ser feito e não ficar chateado quando as coisas não acontecerem conforme o esperado;
- 7) Estimular a capacidade de sair e se divertir, sem sentir culpa por ter bons momentos, tornando as pessoas aptas para realizar atividades fora do lar.

Tendo em mente algumas destas idéias, foi organizado o serviço de Orientação Familiar, desenvolvido durante o acompanhamento ambulatorial de

dependentes químicos de um serviço público. Vale ressaltar que não era condição necessária o paciente estar em acompanhamento. Em alguns casos a família deu continuidade ao tratamento, enquanto os pacientes o abandonaram.

O objetivo deste trabalho é apresentar os dados iniciais da criação de um serviço de orientação familiar para dependentes químicos na unidade, segundo o modelo cognitivo. Este grupo foi criado devido a necessidade de acolher familiares de dependentes/usuários de drogas ou álcool, que por vezes procuravam os terapeutas devido: 1- Recaídas dos dependentes; 2- Desistência do tratamento; 3- Condutas que dificultavam a recuperação do paciente (Ex.: dar dinheiro, fiscalizar, desconfiar e vigiar ostensivamente, entre outros); 4- Ansiedade no trato com o dependente/usuário no lar.

### **METODOLOGIA:**

Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos no período de 1995 à 1998, totalizando 26 grupos de familiares de dependentes químicos em acompanhamento ambulatorial na UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), pertencente ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

Foi utilizada uma amostragem de conveniência, pois a pesquisa ocorreu apenas com as famílias que procuraram o serviço. O encaminhamento era realizado através do próprio ambulatório especializado no tratamento de dependência química (triagem, durante a desintoxicação ou através do terapeuta que acompanhava o caso - 36%), por outros serviços da comunidade (35%), por outras pessoas que

participaram anteriormente do serviço de orientação familiar (12%), por outros departamentos da UNIFESP (9%) e meios de comunicação (8%) .

Os instrumentos utilizados para a pesquisa foram dois questionários semi - estruturados que os familiares recebiam na primeira e última sessão. O primeiro questionário continha questões referentes a informações sócio demográficas e tratamentos anteriores e atual do familiar bem como do dependente; fonte de encaminhamento; o que o familiar esperava da orientação familiar; o que o familiar havia feito para auxiliar o dependente quanto ao uso de álcool e drogas; existência de motivos para o desenvolvimento da dependência química. O segundo questionário investigava qual a melhor forma para auxiliar o dependente após a participação no grupo; o conceito de dependência; o que foi mais importante no tratamento.

## **TIPO DE SERVIÇO**

### Objetivos:

- Fornecer informações e orientações em como lidar com a dependência química, objetivando a melhora nas relações familiares e adequação de condutas;
- Sensibilizar os próprios familiares quanto ao aspecto emocional, permitindo que examinem atitudes ensejadoras de recaídas;
- Propiciar meios para que os familiares sensibilizem o dependente/usuário para recuperação;

Os participantes deste grupo eram basicamente pessoas que mantinham vínculo estreito e próximo com o dependente/usuário, não restringindo-se a família biológica. O grupo era

fechado, com seis atendimentos semanais de 75 minutos de duração, com a presença de seis famílias e sem a presença do dependente. O serviço era coordenado por uma psicóloga e uma estagiária de psicologia. As famílias que possuíram mais de duas faltas eram desligadas do grupo atual e convidadas a participar da formação de um próximo grupo que funcionava nos mesmos moldes. Cada sessão era estruturada com a seqüência descrita na Tabela 1.

### **RESULTADOS:**

A amostra inicial contou com 146 familiares, totalizando 26 grupos acompanhados na UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), pertencente ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, sendo que 81 (56%) participaram de todos os atendimentos; 40 (27%) tiveram de 1 a 2 faltas e 25 (17%) familiares foram considerados desistentes. Tal fato justifica o número inferior da amostra no segundo questionário (N=81) e o índice de 83% (N= 121) de aderência ao tratamento.

Os dados demográficos referente ao perfil dos familiares e dependentes assistidos no serviço ambulatorial foram demonstrados na Tabela 2. Quanto aos familiares, vale ressaltar que o convite de participação no grupo de orientação familiar era estendido a toda família, porém 82% da amostra total não teve um segundo parente participante. Dos 18% que participaram com um segundo parente, a maioria eram padrasto/madrasta ou pai/mãe (12%).

Com relação ao tipo de droga utilizada pelo dependente, 35% (N=51) eram alcoolistas e 65% (N=95) dependentes ou usuários de drogas ilícitas, sendo mais freqüente a utilização de crack, maconha e cocaína concomitantemente (30%).



Os familiares foram questionados quanto ao tempo de uso de drogas/álcool comunicado pelo próprio dependente/usuário à família onde foi encontrada a mediana de 4 anos para drogas e de 15 anos para álcool. Contudo, os familiares relataram a descoberta do uso de drogas com mediana de 1,6 ano para drogas e 10 anos para álcool.

Da amostra total, 70% (N=103) dependentes/usuários estavam em tratamento, sendo que 86 destes eram assistidos no local da pesquisa, 11 realizavam atendimento psicológico, psiquiátrico ou médico e 6 pacientes foram encaminhados a locais de internação pelo próprio ambulatório onde foi realizada a pesquisa. Apenas 51 (35%) dependentes/usuário relataram algum tipo de tratamento anterior, sendo os mais freqüentes internação (57%) e ambulatorial (27%).

Com relação à participação dos familiares em algum tipo de assistência no passado, apenas 48 (33%) confirmaram esta participação, sendo os mais freqüentes: acompanhamento durante a internação (29%), acompanhamento ambulatorial (25%) e grupos de auto - ajuda (25%) .

Foi perguntado aos familiares o que era esperado deste Grupo de Orientação, e a grande maioria alegou a necessidade de orientação profissional em como lidar com o dependente (31%) e a cura da doença (30%) - Tabela 3.

Quando questionados sobre o que haviam feito para auxiliar o dependente/usuário quanto ao uso de drogas/álcool, a maioria citou a postura de acolhimento, aconselhamento e diálogo (32%). Em seguida, surgiram as posturas de diálogo e acompanhamento em tratamento (15%) e acompanhamento e procura de tratamentos (13%) – Tabela 4.

No que se referiu a existência de algum motivo específico por parte do dependente que levou ao uso de drogas/álcool, os familiares alegaram não saber especificar os motivos,

mas acreditaram que estes existiam (23%), e 13% citaram a não existência de motivos. A Tabela 5 mostra outras causas.

No término do tratamento de Orientação Familiar, foi fornecido o segundo questionário aos familiares que avaliou novamente qual a melhor forma de auxílio ao usuário/dependente após a participação no grupo. Houve predomínio de respostas referentes a importância das orientações recebidas para melhorar o relacionamento com o dependente/usuário e a influência da troca de experiências no grupo (31%). Em seguida, foi relatada a importância dos esclarecimentos sobre limites (13%) e a modificação na forma de relacionamento (13%) – Tabela 6.

Quanto ao conceito de dependência, a resposta mais freqüente foi a necessidade física e psicológica da substância (26%) e uso diário em termos de freqüência e quantidade (21%) – Tabela 7.

E por fim, as orientações em como lidar com o dependente; informações sobre dependência e drogas em geral (28%), seguido da troca de experiências e orientações recebidas (24%) foram considerados de maior importância pelos familiares que participaram do Grupo de Orientação Familiar – Tabela 8.

## **DISCUSSÃO:**

### *1. Dados relacionados aos dependentes:*

Com relação ao perfil do dependente, observamos a predominância do sexo masculino (86%) com idade média de 26 anos e nível de escolaridade inferior aos pais (1º grau), fato este que foi comentado pelos participantes por várias sessões. Foi levantada a hipótese de que o decréscimo ou a evasão no desempenho escolar seja um dos primeiros comportamentos indicativos do consumo de drogas, observados pelos pais, principalmente

na população mais jovem. Daí a necessidade de programas preventivos em rede escolar e em mídia, com enfoque em drogas ilícitas e lícitas (20).

Outro fato que chamou atenção foi que 53% dos usuários/dependentes possuíam atividade de trabalho, o que pode ter indicado que esta clientela não atribuiu prioridade exclusiva à droga. Alguns dos indícios que colaboraram com esta idéia foram a procura anterior de algum tipo de assistência por parte do usuário/dependente (35%) e a execução de tratamento na atualidade (71%).

Um fator que pode ter contribuído para a média de idade dos usuários/dependentes (26 anos) foi a predominância de usuários de drogas ilícitas (65%), com mediana de 4 anos de uso, sendo que a família descobriu o consumo em aproximadamente 1 ano e 6 meses. Ao analisarmos a Síndrome de Dependência do Álcool ao longo de um “continuum” de gravidade, cuja a intensidade dos sintomas e problemas decorrentes do consumo aumentam gradativamente conforme o grau de dependência no transcorrer do tempo (10), torna-se plausível a mediana de 15 anos de consumo alcoólico e a descoberta por parte da família ao redor de 4 anos, também em decorrência da aceitação social do consumo alcoólico. Esta mesma “aceitação” não ocorre com drogas ilícitas, uma vez que o percurso do desenvolvimento da dependência de cocaína e crack, em termos de complicações sociais, físicas, legais e familiares ocorre em período de tempo menor quando comparado ao álcool, atingindo em sua maioria a população jovem (14).

#### *2.Dados relacionados aos familiares:*

Um dos fatos que chamou atenção foi a presença predominante de mulheres, maioria mães (51%) , com idade média de 48 anos, com escolaridade de 2º grau (39%) e em atividade de trabalho (53%). Tal fato pode demonstrar uma peculiaridade desta amostra, bem como a necessidade de levantamentos com este tipo de dados para a constatação da

clientela que procura uma abordagem familiar, objetivando uma melhor estruturação do serviço, sendo que da família como um todo, apenas 18% compareceram com mais de um participante no tratamento.

Quanto ao que os familiares esperavam do tratamento foi observada uma postura paradoxal entre orientação profissional e como lidar com o dependente (31%) e a cura da doença (30%), ou seja, de um lado uma postura ativa no sentido de tentar modificar algo na relação familiar e do outro lado, a postura, porque não dizer de dependência dos profissionais para a resolução do caso.

Com relação ao que o familiar tem feito para ajudar o usuário de drogas, 32% relataram a postura de acolhimento, aconselhamento e diálogo. No transcorrer das sessões estas posturas acabavam sendo a maior fonte de dúvidas dos participantes e daí a procura de ajuda. Interessante notar que surgiram as posturas de acompanhar em tratamento e dialogar (15%) e acompanhar e procurar tratamentos (13%), denotando a importância do tratamento. As evidências mostraram a necessidade deste tipo de assistência a família, mas tal postura também pode ser remetida a dependentes que procuram atendimento almejando a cura, deslocando a isenção da própria responsabilidade neste processo. Fica a questão da possibilidade deste movimento também ter ocorrência na família, pois em 28% das respostas surgiu a categoria tratamento. Talvez esta seja uma linha de atuação profissional que lida com dependência química, no sentido de trabalhar conscientização do papel de todos os envolvidos no processo de cura: paciente – família – tratamento, entre outros.

Quanto aos motivos que levaram ao consumo/dependência, foi interessante observar uma certa amplitude, muitos deles relacionados a questões de cunho familiar. A postura adotada era de demonstrar como era a dinâmica da personalidade do dependente e que os mesmos motivos que poderiam levar uma pessoa à dependência química, poderiam não

levar outra pessoa ao mesmo caminho. Porém chamou atenção o fato de 23% dos familiares não saberem os motivos e 13% alegarem a ausência de motivos aparentes. Com isto, foi verificada a importância da necessidade de trabalhar a integração e o diálogo na família.

### *3. Dados relativos à participação no grupo:*

Após a participação no grupo, os parentes consideraram mais importante as orientações recebidas em paralelo com a influência do grupo (31%), o que demonstrou a eficácia de um atendimento grupal de familiares que possibilitou a troca de experiências. Exemplificando, eram comuns esposas jovens com muita disponibilidade para auxiliar seus maridos estimularem as mães de filhos dependentes químicos, que estavam desanimadas e desesperançadas. Vale ressaltar o surgimento da categoria limites (13%) que anteriormente não havia surgido, demonstrando a necessidade de orientar os familiares a dizer “não”. Contudo, 12% colocaram a necessidade de paciência e compreensão, fato que ao nosso ver pode continuar representando uma postura passiva. Comparando a tabela 4 com a tabela 6, foram observadas categorias inexistentes num primeiro momento, tais como: mudança de relacionamento; paciência e compreensão; auto – ajuda do familiar e a necessidade de apoio afetivo por parte do familiar, o que pode ter indicado modificações nas atitudes dos familiares, principalmente quando comparamos com as respostas encontradas no primeiro questionário (desesperança familiar; vigiar; rezar e agressão física e verbal, etc.).

O conceito de dependência foi questionado para verificar o grau de abstração das informações transmitidas e as respostas encontradas foram coerentes: necessidade física e psicológica da droga (26%); uso diário em termos de frequência e quantidade (21%); não enfrentamento de situações sem a substância 17%, retratando a dinâmica de funcionamento da personalidade, entre outros, com exceção de vício/hábito (5%), que pode ter demonstrado uma visão preconceituosa ou moralista.

As informações (conceitos básicos sobre dependência, tolerância, síndrome de abstinência, etc.), orientações (como agir, conversar, o que fazer em casos de intoxicação e/ou violência, etc.), e troca de experiências entre os participantes do grupo foram considerados pelos familiares como os itens mais importantes na participação do serviço, denotando que o trabalho grupal, com caráter informativo pode ser eficiente na modificação do relacionamento família - dependente, e conseqüentemente aumentar a probabilidade do dependente motivar-se a entrar num estágio de ação na modificação do comportamento aditivo e efetuar/dar continuidade ao tratamento. Também foi necessário abordar o próprio familiar para que observasse sua conduta (atuação) e seu aspecto emocional, pois muitos casos foram encaminhados para tratamentos posteriores (acompanhamento psicológico/psiquiátrico) ou no sentido de retomar sua vida em termos de vida profissional, escolar, social e religiosa.

Quanto a aderência, obtivemos a porcentagem de 83% fato que se mostra coerente com a literatura (13; 19; 23), evidenciando a necessidade de investimento neste âmbito de tratamento, uma vez que a porcentagem de aderência do dependente é bem inferior.

Esta pesquisa procurou retratar uma experiência ambulatorial com grupos de orientação familiar em dependência química. Estes dados não podem ser generalizados, pois fazem parte de um estudo com uma população específica, sendo que o objetivo foi de levantar algumas idéias para a estruturação de serviço, trazendo novas perspectivas de trabalho na área. A alternativa da terapia breve e grupal pareceu ser rápida, prática e eficaz no sentido de adequar e orientar condutas mais salutares, contribuindo para a melhora das relações e organização do contexto familiar em dependência química .

## Referências Bibliográficas:

1. Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo-Corigliano AM. A provocação como intervenção terapêutica. In: Por trás da Máscara Familiar – um novo enfoque em terapia da família, Porto Alegre, Artes Médicas 1984; p. 48-68.
2. Asen, K. Avanços na terapia de famílias e de casais In: Griffith E, DARE C. Psicoterapia e tratamento das adições, Porto Alegre, Artes Médicas 1997; p.102-113.
3. Bekir P, McLellan T, Childress AR, Gariti P. Role reversals in families of substance misusers: A transgenerational phenomenon. *Int J Addict* 1993;28(7): 613-30.
4. Brown S. The Alcoholic Family In: Treating children of alcoholic, A Wiluy- Luterance Publication, John Wiluy & Son, New York 1988; p.11-25.
5. De Shazer S. Keys to solution in brief therapy. New York: Norton, 1985.
6. DiClemente CC. Changing Addictive Behaviours: A Process Perspective. *Current Directions in Psychological Science* 1993; 2(4): 101-6.
7. Goldstein PJ, Abbott W, Paige W, Sobel I, Soto F. Tracking procedure in followup studies of drug abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1977; 4:21-30.
8. Heath AW, Atkinson BJ. Systemic Treatment of substance abuse: A graduate course. *J marital Fam Ther* 1988; 14:411-8.
9. Kaufman EF. Family therapy in substance abuse treatment (Psychoactive substance use disorders- not alcoholic). In: Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force, American Psychiatric Association, Washington 1989; p. 1397-1416.
10. Laranjeira R, Nicastrí S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida OP, Dractu L, Laranjeira R. Manual de Psiquiatria, RJ, Ed Guanabara Koogan S.A. 1996; p. 83-112.
11. Lockley P. Anxiety, help and support. In: Working with drug family support groups, New York 1996;p. 1-23.
12. Mackenson G, Cottone RR. Family structural issues and chemical dependency: A review of literature from 1985 to 1991. *Am J Family Ther* 1992; 20(3):227-41.
13. McLellan A, Arndt I, Metzger D, Woogy G, O'Brien C. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993; 269(15):1953-59.

14. Nappo SA, Galduróz JC, Noto RA. Uso do crack em São Paulo: fenômeno emergente?. Rev. ABP-APAL 1993; 16(2):75-83.
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive mode of change. In: Miller, WR & Heather, N. Treating addictive behaviours: process of change, NY, Plenum 1986; p.3-27.
16. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviours. Am Psych 1992; (7):1101-14.
17. Sorenson JL. Family approaches to the problems of addictions: Recent developments. Psychol Addict Behav 1989;3(3):134-9.
18. Stanton MD. The family and drug misuse: A bibliography. Am J Drug Alcohol Abuse 1978;5(2): 151-70.
19. Stanton MD, Todd TC and associates. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. New York: Guilford Press, 1982.
20. Tozzi D, Bouer J. Prevenção também se ensina. In: Julio Groppa Aquino. Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas, São Paulo, Summus 1998; p.123-42.
21. Vaillant GE - A 12-year followup of New York narcotic addicts: III. Some social and psychiatric characteristics. Arch Gen Psychiatry 1966; 15:599-609.
22. Wegsheider S. Another Chance: Hope and Health for the alcoholic family. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1981.
23. Ziegler-Driscoll G. Family research study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center. Fam Process 1977; 16:175-90.



**TABELA 1** - Sequência das sessões no tratamento do Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998.

Sessões	Temas Discutidos	Objetivos
Sessão 1	Contrato e Queixa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicitar o objetivo do tratamento: cuidado com o familiar;</li> <li>• Efetuar a vinculação terapêutica</li> <li>• Aprender a lidar com a impotência/potência frente a cura do dependente;</li> </ul>
Sessão 2	Trabalhar as emoções (reações típicas) ; Razões que levam ao uso; Comportamentos Indicativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer os sentimentos do familiar em relação ao dependente;</li> <li>• Levar em conta os sentimentos que os dependentes provocam no âmbito familiar, com o objetivo que essa transferência possa ser interrompida;</li> <li>• Perceber os vários motivos que podem levar ao consumo de drogas/álcool;</li> <li>• Apontar comportamentos indicativos do consumo de drogas/álcool, favorecendo a troca de experiências entre familiares que constataram o consumo / dependência e familiares que não tinham a mesma convicção.</li> </ul>
Sessão 3	Modelo dos Estágios de Mudança proposto por Prochaska e DiClemente – Dinâmica da personalidade (6;15;16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicitar a dinâmica do processo de modificação de dependente/usuário para abstinente, em suas respectivas fases motivacionais;</li> <li>• Introduzir o papel da recaída como fazendo parte do processo de mudança.</li> </ul>
Sessão 4	O que fazer para ajudar ; Comportamentos a serem evitados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir a necessidade de algumas atitudes que podem auxiliar ou piorar o prognóstico tanto do dependente , quanto da família.</li> </ul>
Sessão 5	Sessão Informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir conceitos básicos sobre as drogas mais utilizadas, forma de utilização, efeitos e vias de administração;</li> <li>• Discutir as dificuldades físicas (dependência, tolerância e síndrome de abstinência) e psicológicas para atingir a abstinência ]</li> <li>• Reconhecer as formas de tratamento existentes.</li> </ul>
Sessão 6	Plano de Ação para cada caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir metas específicas para cada familiar, com orientação do terapeuta, que possam auxiliar na recuperação da saúde mental da família.</li> <li>• Discutir a participação no grupo, críticas e sugestões.</li> </ul>

**TABELA 2** - Dados demográficos de familiares e dos respectivos dependentes/usuários que participaram do Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998.

<b>Dados Demográficos</b>	<b>Familiares</b>	<b>Dependentes / Usuários de Drogas ou Álcool</b>
SEXO	80% (N=117) mulheres 20% (N=29) homens	86% (N=126) homens 14% (N=20) mulheres
IDADE	Média = 48 anos Desvio Padrão =12 anos	Média = 26 anos Desvio Padrão =10 anos
ATIVIDADE FORMAL DE TRABALHO	53% (N=77)	56% (N=82)
ESCOLARIDADE	39% (N=57) com 2º grau completo	53% (N=77) com 1º grau completo
STATUS FAMILIAR	51% (N=75) mães 15% (N=22) pais 14% (N=20) esposas 20% (N=29) outros (amigos, irmãos, filhos, esposos)	66% (N=97) filhos 14% (N=20) maridos 20% (N=29) outros (amigos, irmãos, pais, esposas)

**TABELA 3** – Distribuição em porcentagem da opinião dos familiares em relação ao que esperavam do Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998– 1º questionário (N = 146)

	N	%
Orientação profissional e como lidar com o dependente	45	31
Cura da doença	44	30
Auto ajuda do familiar	14	10
Não sabem	11	8
Conscientização do tratamento por parte do dependente	10	7
Melhorar o relacionamento	8	5
Orientação e cura	6	4
Esclarecer dúvidas e aprender com outros casos	4	3
Fazer tudo o que for possível	4	3
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

**TABELA 4** - Distribuição em porcentagem sobre o que os familiares alegaram ter feito para auxiliar o dependente quanto ao uso de drogas ou álcool no Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998 - 1º questionário (N=146)

	N	%
Acolher, aconselhar e dialogar	46	32
Acompanhar em tratamento e dialogar	22	15
Acompanhar/ procurar tratamentos	19	13
Desesperança familiar	9	6
Mostrar os perigos e as conseqüências da droga	8	6
Vigiar	8	5
Rezar	8	5
Reabilitação social (escola, emprego, documentos)	7	5
Tudo o que for possível / Amor	7	5
Buscar informações	6	4
Ter muita paciência	3	2
Agressão física e verbal	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

**TABELA 5** – Distribuição em porcentagem da opinião dos familiares quanto a existência de algum motivo para o usuário ter desenvolvido a dependência química no Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998-1º questionário (N = 146)

	N	%
Não sabe	33	23
Sem motivos aparentes	19	13
Más companhias – influência dos amigos	18	12
Aspectos psicológicos (insegurança, trauma de infância, fuga de problemas, personalidade fraca, falta de responsabilidade, negação)	18	12
Influência familiar (brigas, falta de disciplina, desintegração, desatenção, educação rígida, violência, término do casamento)	16	11
Separação dos pais / Traição	16	11
Dependência química dos pais	10	7
Morte de um familiar	9	6
Problema financeiro/ Desemprego	5	3
Acidente	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

**TABELA 6** - Distribuição em porcentagem sobre a opinião de familiares relacionada a melhor forma de auxiliar o dependente químico após a participação no grupo de Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998 - 2º questionário (N= 81)

	N	%
Orientar o dependente/usuário (conversar, dialogar, aconselhar, evitar dar dinheiro) + influência grupal	24	31
Estabelecer Limites	11	13
Modificar o relacionamento (forma de tratar, evitar discussão, não falar somente sobre drogas, conversar na sobriedade)	11	13
Ser paciente e compreensivo	10	12
Orientar a procura de tratamentos	8	10
Auto ajuda do familiar	8	10
Amor (atenção, companhia)	6	7
Valorizar a necessidade de apoio afetivo para a família	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

**TABELA 7** - Distribuição em porcentagem da opinião de familiares quanto ao conceito de dependência química no Grupo de Orientação Familiar, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998 - 2º questionário (N = 81)

	N	%
Necessidade da droga (físico e psicológico)	21	26
Uso diário (frequência de uso e quantidade)	17	21
Não enfrentamento de situações sem a substância	14	17
Perda do controle do consumo	7	9
Ter a vida centrada nas drogas e não na pessoa	6	7
Síndrome de Abstinência da substância	4	5
Vício / Hábito	4	5
Conceito de doença curável	3	4
Algo que necessita de tratamento	2	2
Não responderam	2	2
Outros	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>81</b>

**TABELA 8** – Distribuição em porcentagem da opinião de familiares sobre o que foi mais importante no Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, durante o período de 1995 à 1998 - 2º questionário (N=81)

	N	%
Orientações e informações sobre drogas e em como lidar com o dependente	23	28
Troca de experiências + Orientação	20	24
Troca de Experiências	11	13
Orientações e auto – ajuda do familiar	6	7
Auto - ajuda do familiar	6	7
Confiança e atuação do terapeuta	5	6
Estabelecer limites	3	4
Conscientização da existência do problema	3	4
Esperança da cura / conceito de doença	2	3
Outros	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100</b>