

THAIS PUGLIANI GRACIE MALUF

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM
UMA AMOSTRA DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS
QUE FREQUENTARAM GRUPOS DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR EM
UM SERVIÇO ASSISTENCIAL PARA DEPENDENTES QUÍMICOS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São
Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção
do título de Mestre em Ciências da Saúde.

São Paulo

2002

THAIS PUGLIANI GRACIE MALUF

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM
UMA AMOSTRA DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS
QUE FREQUENTARAM GRUPOS DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR EM
UM SERVIÇO ASSISTENCIAL PARA DEPENDENTES QUÍMICOS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Dartiu Xavier da Silveira Filho

São Paulo
2002

Maluf, Thais Pugliani Gracie

Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos / Thais Pugliani Gracie Maluf – São Paulo, 2002.

vii, 59 p

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Assessment of anxiety and depressive symptoms in a sample of relatives of drug users attending family guidance groups in an outward clinic for substance dependence.

1. Depressão; 2. Ansiedade; 3. Orientação Familiar;
4. Intervenção; 5. Escalas; 6. Farmacodependência

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

CHEFE DO DEPARTAMENTO:

Prof. Dr. Sérgio Blay

COORDENADOR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge

Às minhas filhas Fernanda e Luiza e
em especial
ao Carlos meu marido, por ser uma
pessoa imensamente
dedicada e compreensiva em todas as
horas.

AGRADECIMENTOS

Ao Dartiu Xavier da Silveira Filho, pela paciência e dedicação no caminhar deste trabalho.

Ao Professor Dr. Jair de Jesus Mari, pelos seus esclarecimentos e disponibilidade.

À Maria Paula Magalhães, minha amiga que me incentivou em muitos momentos importantes da minha vida profissional.

À toda equipe de Jogo Patológico pelo grande incentivo e participação.

Aos meus grandes amigos Cláudio Loureiro e Elias Korn onde pude em vários momentos me confortar.

Às minhas sócias e amigas Eloisa Abussamra e Beatriz Borges Di Giacomo, pela dedicação e interesse por este trabalho.

À Eugênia Koutsantonis Portella Pires pelo afeto.

À Juliana Bizzeto por estar sempre pronta a ajudar.

A toda equipe do PROAD pela cooperação e torcida para que tudo desse certo.

A toda equipe da Pós Graduação em especial a Zuleika por toda sua disponibilidade e carinho.

A toda equipe do Hospital Geral de Diadema pela compreensão.

À Rita Diniz que por muitas vezes iluminou o meu caminho.

A toda a minha família pelo grande incentivo em especial a minha irmã Sylvia Gracie Pinheiro que acreditou neste trabalho.

A todos os familiares que gentilmente se submeteram a esta pesquisa.

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vi
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	04
2.1. Objetivo Geral	04
2.2. Objetivos Específicos	04
3. MÉTODO	05
3.1. Sujeitos	05
3.1.1. Configuração dos Grupos	06
3.2. Instrumentos	07
3.2.1. Inventário de Beck para depressão	08
3.2.2. CES-D	09
3.2.3. Inventário de ansiedade de Beck	11
3.2.4. IDATE	12
3.3. Procedimentos	14
3.4. Análise Estatística	15
4. RESULTADOS	16
4.1. Caracterização da População Estudada	16
4.2. Avaliação do desempenho das escalas de Depressão e Ansiedade ..	19
4.3. Correlação entre as pontuações obtidas nas escalas de Depressão e Ansiedade	24
4.4. Influência de outras variáveis no desempenho nas escalas de Depressão e Ansiedade	25
4.4.1. Escalas de depressão	25
4.4.2. Escalas de ansiedade	28
5. DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÃO	35
7. ANEXOS	36
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
Abstract	

RESUMO

Introdução: A busca de orientação e tratamento por parte das famílias de usuários de drogas tem sido importante para a melhoria das relações interpessoais e para a recuperação dos pacientes. A observação clínica destes familiares demonstra que geralmente estes chegam ao atendimento mobilizados, freqüentemente deprimidos e/ou ansiosos e tem-se a impressão de que após participarem de grupos de orientação familiar os sintomas de depressão e ansiedade diminuem. Entretanto, até o momento não há nenhum estudo evidenciando o efeito deste tipo de intervenção. **Objetivo:** O presente estudo comparou o desempenho de uma amostra de familiares de usuários de drogas antes e após uma intervenção utilizando três escalas de ansiedade e duas escalas de depressão. Avaliamos ainda a influência de outras variáveis no desempenho em escalas de ansiedade e depressão destes familiares. **Métodos:** A pesquisa envolveu 40 familiares que participaram dos Grupos de Orientação Familiar do PROAD. Foram avaliados 8 grupos, no período de 27 de janeiro de 2000 a 26 de julho de 2001. Os grupos tiveram duração de dois meses com freqüência semanal e duração de duas horas cada totalizando oito encontros. Foram aplicados no primeiro encontro e no último encontro um questionário de aspectos demográficos e quatro escalas, sendo três de avaliação de sintomas ansiosos (Beck – ansiedade e IDATE) e duas de avaliação de sintomas depressivos (Beck – depressão e CES-D). **Resultados:** Após a intervenção, observou-se diminuição nas pontuações nas escalas de Beck – ansiedade (Wilcoxon: $Z = -2,889$; $p < 0,01$), CES-D (Wilcoxon: $Z = -2,413$; $p < 0,05$) e Beck-depressão (Wilcoxon: $Z = -2,774$; $p < 0,01$). Entretanto, na escala IDATE- estado (Wilcoxon: $Z = -3,418$; $p < 0,01$) observou-se aumento nas pontuações após a intervenção, enquanto que na escala IDATE-traço não foram detectadas alterações significativas. Entre os participantes dos Grupos de Orientação Familiar, ser casado e não ter o familiar usuário de drogas em tratamento na mesma instituição foram características que se associaram a uma resposta mais favorável à intervenção. **Conclusão:** Conclui-se que as escalas de sintomas depressivos utilizadas detectaram a diminuição da sintomatologia depressiva que sucedeu a intervenção. Os resultados discrepantes das duas escalas de sintomas ansiosos sugerem que estes instrumentos possivelmente avaliem componentes distintos das manifestações de ansiedade. Distintos fatores podem influenciar a resposta de uma intervenção junto a familiares de usuários de drogas. O tamanho reduzido da amostra analisada e a inexistência de um grupo controle dificultam um exame mais aprofundado destas influências.

1 INTRODUÇÃO

Muitos são os sentimentos que os familiares experimentam, quando desconfiam ou descobrem que seus filhos, irmãos ou cônjuges, estão envolvidos com algum tipo de droga. Desesperam-se, freqüentemente se culpam, não sabendo o que fazer. Na maioria das vezes tomam atitudes drásticas e precipitadas, movidos por estes sentimentos que muitas vezes são confusos e pouco conhecidos.

O PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – Departamento de Psiquiatria – UNIFESP) oferece dentre os seus serviços o de assistência às famílias de dependentes. Entre estes serviços estão os Grupos de Orientação Familiar, onde os familiares são atendidos em grupos fechados, semanais, com duração de dois meses e não se exige necessariamente que os participantes tenham parentes em tratamento no mesmo ambulatório. Foi através deste trabalho de Orientação Familiar que a presença freqüente de sintomas de ansiedade e depressão nesta população chamaram a atenção dos profissionais do serviço. Os familiares que buscaram ajuda e orientação através dos Grupos de Orientação Familiar referiram que ansiedade e depressão eram condições freqüentemente presentes devido aos problemas relacionados a esta situação, dificultando sobremaneira o manejo adequado dos conflitos familiares.

A orientação e o tratamento dirigido às famílias de usuários de drogas têm sido importantes para melhorar as relações interpessoais e para a recuperação dos pacientes. A observação clínica destes familiares mostra que estes chegam ao atendimento mobilizados, freqüentemente deprimidos ou ansiosos e tem-se a impressão de que após participarem dos Grupos de Orientação Familiar os sintomas de depressão e ansiedade diminuem.

O desenvolvimento de pesquisas com famílias de dependentes de drogas é relativamente recente (Steinglass 1976, 1979, Stanton 1977, Kaufman e Kaufman 1979) dentre outros Steinglass (1976) estudou de forma sistemática padrões de famílias ou casais tanto durante períodos de beber intenso como em momentos de

sobriedade. Jacob et al. (1981) compararam famílias de dependentes de álcool com famílias de não dependentes, observando padrões de funcionamento relacionados à capacidade de comunicação, expressão do afeto e resolução de problemas. Os autores concluíram que o alcoolismo apesar de seus efeitos debilitantes, pode ter também um importante papel adaptativo e funcional no contexto familiar e marital. Diversos trabalhos encontraram relação entre o uso de drogas de adolescentes e o uso de drogas de seus pais (Smart e Fever, 1972) (Silva, E.A.; Formigoni, M.L.O.S. 1999).

De maneira geral, são vários os objetivos das avaliações do modo de funcionamento familiar dos dependentes de drogas: corroborar os dados do diagnóstico clínico; auxiliar no planejamento do tratamento apontando o tipo de intervenção mais adequada para cada família (orientação ou psicoterapia); avaliação do papel da família no processo de mudança do comportamento de usar drogas e a avaliação do resultado da intervenção comparando o funcionamento familiar antes e após o tratamento (Silva E.A.; Formigoni, M.L.O.S., 1999).

Outros trabalhos na literatura atual têm abordado a dependência de drogas como um fenômeno que afeta não somente o usuário, mas também seu sistema familiar, enfatizando assim a importância de estudo envolvendo estas famílias (Stanton, 1988). Familiares que se defrontam com problemas de uso de drogas de seus parentes freqüentemente referem esta experiência como uma situação de intenso stress. Sabemos que depressão e ansiedade são estados que podem surgir em função de situações estressantes (Nardi, A.E., 1998).

Estas observações mostram a importância da mensuração da magnitude destes sintomas através do uso de escalas psicométricas, as quais podem nos dar uma melhor dimensão do fenômeno e nos orientar nas propostas terapêuticas para esta população. Desta forma propiciam a melhora não somente das questões da vida familiar e pessoal destas famílias mas também, a partir do conhecimento obtido, pode fundamentar trabalhos visando a prevenção de situações de conflitos e conseqüente risco elevado para o uso de drogas, principalmente em famílias onde existam adolescentes.

Entre as vantagens das escalas de auto-avaliação podem se mencionar alguns aspectos práticos e outros teóricos. Por não necessitarem de um

avaliador, eliminam-se os problemas relativos às inconsistências e variações entre os avaliadores e, do ponto de vista prático são instrumentos mais econômicos, no sentido de não tomarem tempo do pessoal especializado. Essas formas de escala seriam talvez os instrumentos mais adequados para detecção e avaliação das formas mais leves de depressão, muitas vezes minimizadas pelos avaliadores. Mais ainda, a quantificação de certos sintomas subjetivos, como sentimento de culpa, seria, segundo alguns (Rabkin & Klein, 1987), facilitada por este tipo de avaliação. Finalmente, é preciso lembrar que a auto-avaliação constitui-se em parâmetro extremamente importante para se julgar a eficácia de qualquer tratamento (Del Porto, J.A., 1989).

Ressentimo-nos da inexistência de trabalhos consistentes na literatura referentes a sintomas de ansiedade e depressão em familiares de usuários de drogas. A proposta deste estudo é avaliar o desempenho de escalas de ansiedade e depressão em familiares de usuários de drogas antes e depois de uma intervenção específica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o desempenho de escalas de avaliação de sintomas depressivos e ansiosos antes e após intervenção realizada junto a familiares de usuários de drogas.

2.2 Objetivos específicos

1. Comparar o desempenho de três escalas de ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas.
2. Comparar o desempenho de duas escalas de depressão em uma amostra de familiares de usuários de drogas.
3. Avaliar a influência de variáveis demográficas no desempenho em escalas de sintomas de ansiedade e depressão em uma amostra de familiares de usuários de drogas.
4. Avaliar a influência do fato do usuário estar em tratamento no mesmo serviço no desempenho em escalas de sintomas de ansiedade e depressão em uma amostra de familiares.
5. Avaliar a evolução dos sintomas de ansiedade e depressão em uma amostra de familiares de usuários de drogas submetidos a uma intervenção específica.

3 MÉTODO

3.1 Sujeitos

A amostra foi constituída pelos familiares que se inscreveram nos grupos de orientação familiar do PROAD entre 27 de janeiro de 2000 e 26 de julho de 2001. Estes familiares na sua maioria procuravam o PROAD para obter informações sobre tratamento para seus parentes com problemas relacionados ao uso ou dependência de drogas. Chegaram ao PROAD através de diversas fontes de encaminhamento tais como: médicos, pronto-socorro, amigos, televisão, revistas, etc. e foram informados por um técnico do PROAD sobre os Grupos de Orientação Familiar e suas características. Os familiares que participaram do estudo não necessariamente tinham parentes em tratamento no PROAD.

Estes familiares eram na sua maioria mães, mas também participaram alguns pais, irmãos e outros parentes próximos, como tios e tias. Residiam na cidade de São Paulo ou em municípios vizinhos.

No total foram avaliados 70 familiares, todavia foram incluídos no estudo apenas 40 destes já que os demais não preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- Não faltar em mais de um encontro,
- Não participar de outros grupos de auxílio, orientação ou tratamento para uso ou dependência de drogas.

Todos os familiares avaliados neste estudo consentiram com os procedimentos, através da assinatura do “Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento” (Anexo 4).

3.1.1 Configuração dos grupos

Os grupos apresentaram as seguintes configurações (Tabela 1):

- Grupo 1:** Foi composto por 8 pessoas, das quais 4 foram avaliadas e 4 delas não foram incluídas no estudo por terem faltado a mais de 1 encontro.
- Grupo 2:** Foi composto por 7 pessoas, das quais 1 foi avaliada e 6 delas não foram incluídas no estudo, 5 por terem faltado a mais de 1 encontro e 1 por estar freqüentando outro grupo de orientação familiar.
- Grupo 3:** Foi composto por 11 pessoas, das quais 5 foram avaliadas e 6 não foram incluídas no estudo, 5 por terem faltado a mais de 1 encontro e 1 por estar freqüentando outro grupo de orientação familiar.
- Grupo 4:** Foi composto por 5 pessoas, tendo sido todas avaliadas.
- Grupo 5:** Foi composto por 9 pessoas, das quais 7 foram avaliadas e 2 não foram incluídas no estudo por terem faltado a mais de 1 encontro.
- Grupo 6:** Foi composto por 7 pessoas, das quais 4 foram avaliadas e 3 não foram incluídas no estudo por terem faltado a mais de 1 encontro.
- Grupo 7:** Foi composto por 16 pessoas, das quais 7 foram avaliadas e 9 não foram incluídas no estudo, 6 por terem faltado a mais de 1 encontro, 1 por desistência e 2 por estarem freqüentando outros grupos de orientação familiar.
- Grupo 8:** Foi composto por 7 pessoas, das quais 6 foram avaliadas e 1 não foi incluída no estudo por ter faltado a mais de 1 encontro.

Tabela 1: Configuração dos 8 Grupos de Orientação Familiar do PROAD que constituíram a amostra estudada

EXCLUSÃO				
Grupos	Número de Pessoas	Desistência	Faltas	Freqüência em outros grupos de orientação
1	8	---	4	---
2	7	---	5	1
3	11	---	5	1
4	5	---	---	---
5	9	---	2	---
6	7	---	3	---
7	16	1	6	1
8	7	---	1	---
TOTAIS	70	1	26	3
Total de participantes		70		
Total de participantes excluídos		30		
Total de participantes avaliados		40		

3.2 Instrumentos

Para avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade foram usados os seguintes instrumentos (Anexo 1):

- Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)
- Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (Radloff, 1977)
- Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown & Sterr, 1988)

- State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)

3.2.1 Inventário de Beck para Depressão (Beck Depression Inventory - BDI)

O BDI foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade de depressão. Seus itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia e posteriormente foram selecionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e que encontravam ressonância com critérios diagnósticos do DSM III e da literatura sobre depressão.

Segundo seus autores, o BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade (0,86) e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais. Pela análise não-paramétrica de Kruskal-Wallis, cada uma das 21 categorias tiveram relação significativa com a pontuação total ($p < 0,001$). O BDI demonstrou estabilidade diagnóstica, pois as mudanças de sintomas ocorridas em um intervalo de quatro semanas no teste-reteste foram também observadas na entrevista clínica. Quanto à confiabilidade entre entrevistadores, houve concordância em 97% dos diagnósticos realizados. Segundo o Teste de Mann-Whitney, o poder de discriminação entre graus de depressão (ausência de depressão, depressão leve, moderada e grave) foi significativa ($p < 0,0004$) e o coeficiente de correlação de Pearson entre os escores na BDI e as entrevistas clínicas foi de 0,65 (Beck et al. 1961). O BDI apresentou elevada correlação comparativamente aos resultados da escala de Hamilton ($r = 0,75$) (Beck & Beamesderfer, 1974).

O BDI foi traduzido para o português em 1982 (Beck et al.) e validado por Gorenstein & Andrade (1996), tendo sido seu desempenho comparado com a State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e com a escala de Hamilton, em amostras de 270 estudantes universitários, 117 pacientes ambulatoriais com síndrome do pânico e 30 pacientes psiquiátricos (ambulatoriais) com depressão. Segundo suas autoras, a consistência interna da versão para o português foi de 0,81 na amostra de estudantes e de 0,88 na amostra de pacientes deprimidos, sendo estes índices semelhantes aos observados em outros países (Gorenstein & Andrade, 1996).

O BDI discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos (Gorenstein & Andrade, 1996) e vem sendo considerado referência padrão e uma das escalas auto-aplicadas mais comumente utilizadas para avaliação de depressão (Del Porto, 1989), inclusive em adolescentes (Bennett et al. 1997).

O BDI é um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão. São elas: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-acusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido.

Cada categoria contém quatro ou cinco alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria, varia de zero a três, sendo zero a ausência dos sintomas depressivos e três a presença dos sintomas mais intensos. Na dependência da pontuação total, os escores de até 9 pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; de 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave; e, de 30 a 63 pontos, depressão grave. Apesar de não haver um ponto de corte fixo para o diagnóstico de depressão, já que este deverá ser baseado nas características da amostra e do estudo em questão, Beck & Beamesderfer (1974) propõem que obtendo-se 21 pontos ou mais pode-se considerar a existência de depressão clinicamente significativa. A utilização de um ponto de corte mais alto implicará em maior especificidade do diagnóstico de depressão (Roithmann, 1989). Martinsen, Friss, Hoffart (1995) referem que diversas pesquisas demonstraram que o BDI discrimina pacientes com depressão maior daqueles que são distímicos e dos não deprimidos, propondo o escore 23 como ponto de corte para depressão maior.

3.2.2 CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale)

A escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é um instrumento auto-aplicável de 20 itens

desenvolvido por Radloff em 1977 com a finalidade de detecção de sintomas depressivos em populações adultas. A escala compreende itens relacionados a humor, comportamento e percepção que foram considerados relevantes em estudos clínicos sobre depressão (Radloff, 1977). A caracterização de humor depressivo é determinada por respostas referentes a sintomas no período correspondente à semana que precede a aplicação. Grande parte da contribuição para o desenvolvimento deste instrumento adveio de outras escalas de sintomas depressivos, tais como a escala de depressão de Zung (Zung, 1965), o inventário de depressão desenvolvido por Beck (Beck et al. 1961), a escala auto-aplicável de Raskin (Raskin et al. 1967), a escala de depressão do Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI (Dahlstrom and Welsh, 1960) e a escala de depressão de Gardner (Weissman, 1977). A CES-D vem sendo amplamente utilizada em estudos clínicos e populacionais (Radloff, 1977; Myers & Weissman, 1980; Roberts & Vernon, 1983; Wells et al., 1987). Os resultados destes estudos indicam considerável convergência com outras escalas de depressão e boa discriminação com relação a escalas não análogas como, por exemplo, a escala de afeto positivo de Bradburn (Weissman et al., 1977).

As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: "raramente ou nunca" corresponde a pontuação zero; "durante pouco ou algum tempo" corresponde a pontuação 1; "ocasionalmente ou durante um tempo moderado" corresponde a pontuação 2; e "durante a maior parte do tempo ou todo o tempo" corresponde a pontuação 3. A pontuação total pode, portanto, variar entre zero e 60 (pontuação de zero a três em cada um dos vinte itens).

Inicialmente, quando a CES-D era utilizada em levantamentos populacionais, 20% dos indivíduos que obtivessem as maiores pontuações eram designados como deprimidos. A validade deste ponto de corte é questionável na medida em que pressupõe 20% de prevalência de sintomatologia depressiva na população, o que pode ser de pouca relevância com referência ao diagnóstico de transtorno depressivo. Posteriormente, a avaliação do desempenho da CES-D em populações de pacientes revelou que o escore 16 era o que melhor diferenciava adultos clinicamente deprimidos daqueles sem depressão clínica. A validação do ponto de corte maior ou igual a 16 para a CES-D foi verificada através de estudos de

sensibilidade e especificidade na comparação com critérios diagnósticos estabelecidos (Wells et al, 1987). A validação da escala para o nosso meio foi feita por Dartiu Xavier da Silveira & Miguel R. Jorge (1997).

3.2.3 Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory)

Foi desenvolvida para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos. Selecionaram-se 21 itens que refletissem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade mas não de depressão. Esta lista de verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e boa confiabilidade teste – reteste com intervalo de uma semana $r(58) = 0,75$ (Beck et al., 1985).

A escala consiste de 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao respondente foi perguntado o quanto ele ou ela foram incomodados por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63.

A confiabilidade dos 21 itens do BAI foi avaliada em uma – amostra de 160 indivíduos. A escala apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e uma faixa de correlação de cada item com o total variando de 0,30 até 0,71 (Mediana = 0,60). Uma amostra de 83 pacientes completou o BAI duas vezes com intervalo de uma semana, sendo a correlação entre os escores de 0,75 ($gl = 81$).

Em resumo o BAI constitui uma nova medida de ansiedade que foi cuidadosamente construída para que se evitasse confusão com depressão.

Preliminarmente a validade de sustentação dos dados é conveniente para ser usada em populações psiquiátricas como um critério e como um resultado de medida. Assim, a escala fornece a pesquisadores e clínicos um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados para ajudar a diferenciar entre ansiedade e

depressão e para esclarecer resultados de pesquisa e investigações teóricas das duas síndromes.

3.2.4 Inventário de Ansiedade Traço – Estado (Stait-Trait Anxiety Inventory - IDATE)

Este inventário foi desenvolvido por Spielberg et al. (1970) e traduzido e validado por Biaggio & Natalício (1979) para a população brasileira. Trata-se de um questionário de auto-avaliação amplamente utilizado na monitorização de estados ansiosos (Fankhauser & German, 1987). Composto de duas escalas distintas elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade, ou seja, estado ansioso (IDATE - Estado) e traço ansioso (IDATE -Traço).

Cada escala consiste de 20 afirmações para as quais os voluntários indicam a intensidade naquele momento (IDATE – Estado) ou a frequência com que ocorrem (IDATE – Traço) através de uma escala de 4 pontos (1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.

A fim de evitar a influência da “tendência à aquiescência” nas respostas, alguns itens são pontuados de maneira inversa, isto é, as respostas marcadas com 1, 2, 3 ou 4 recebem o valor de 4, 3, 2 ou 1 respectivamente. Na escala IDATE – Estado temos 10 itens computados desta maneira (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20) enquanto que na escala IDATE – Traço temos 7 itens invertidos (1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19).

Os conceitos de estado e traço de ansiedade

O estado de ansiedade (A-estado) é conceitualizado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos e acompanhados de aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Escores em A - estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo.

O traço de ansiedade (A-traço) refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis com relação a propensão à ansiedade, isto é, as diferenças na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Como um conceito psicológico, traço de ansiedade tem as características de uma classe de construtos que Atkinson (1964) chama "motivos" e que Campbell (1963) se refere como "disposições comportamentais adquiridas". Motivos são definidos por Atkinson como disposições que permanecem latentes até que uma situação as ative. Disposições comportamentais adquiridas, de acordo com Campbell, envolvem resíduos de experiências passadas que predispoem um indivíduo tanto a ver o mundo de determinada forma quanto a manifestar reações objetivas e realísticas.

Os conceitos de estado e traço de ansiedade podem ser considerados como análogos em certos aspectos à energia cinética e energia potencial em física. O estado de ansiedade, como a energia cinética, diz respeito a um processo ou reação empírica tendo lugar em um momento particular no tempo e a um nível dado de intensidade. O traço de ansiedade, como a energia potencial, indica diferenças na força de uma disposição latente para manifestar um certo tipo de reação. Enquanto a energia potencial denota diferenças entre objetos físicos na quantidade de energia cinética que pode ser libertada se excitada por uma força apropriada, o traço de ansiedade implica em diferenças entre pessoas na disposição para reagir a situações de tensão com quantidades variáveis de ansiedade.

Em geral, seria de se esperar que aqueles que têm pontuações altas de A-traço demonstrariam elevações nos sinais de A-estado mais freqüentemente do que os indivíduos com pontuações baixas de A-traço uma vez que eles tendem a vivenciar uma ampla gama de situações como perigosas ou ameaçadoras. Pessoas com escores altos de A-traço também são mais propensas a responder com aumentos na intensidade da A-estado em situações que envolvem relações interpessoais que apresentam alguma ameaça à auto-estima. Descobriu-se, por exemplo, que circunstâncias em que se experimenta fracasso ou em que a suficiência pessoal é avaliada (por exemplo, fazer um teste de inteligência) são particularmente ameaçadoras para pessoas com elevado traço de ansiedade (Spence e Spence 1966; Spielberger, 1966b; Spielberger e Smith, 1966). As pessoas que diferem quanto a

Ansiedade - traço mostrarão ou não diferenças correspondentes ao estado ansioso dependendo do grau com que a situação específica é percebida por um indivíduo em particular como perigosa ou ameaçadora, sendo isto grandemente influenciado por experiências passadas do indivíduo.

Os conceitos de traço e estado de ansiedade que guiaram a construção do IDATE são discutidos em detalhe por Spielberger (1966a). As condições que parecem provocar níveis mais altos de Ansiedade em pessoas que diferem quanto a Ansiedade - traço são discutidas por Spielberger; Lushene e McAdoo (1971).

3.3 Procedimento

No período de 27 de janeiro de 2000 a 26 de julho de 2001, os familiares que participaram dos Grupos de Orientação Familiar foram submetidos a uma avaliação quanto a sintomas de depressão e ansiedade. Neste período foram realizados oito grupos, sendo cada um deles com duração de dois meses (oito encontros), com frequência semanal e duração de duas horas cada.

Os Grupos de Orientação Familiar são fechados, não podendo participar deles pessoas novas no decorrer dos dois meses. Este trabalho tem como característica um programa de referência que contém assuntos e técnicas específicas para cada encontro (Anexo 3).

Os familiares que procuram o PROAD são informados a respeito dos serviços oferecidos pela instituição. O familiar que se interessar em participar dos Grupos de Orientação Familiar terá seu nome e telefone anotados em um caderno próprio da Orientação Familiar, para que uma semana antes da data de início dos grupos seja informado por um técnico do PROAD sobre o início de um novo grupo.

Neste período de pesquisa, os grupos passaram a ter um encontro a mais com relação ao trabalho original. Isto se deu em função da necessidade de mais tempo para informar aos participantes sobre a pesquisa e proceder à aplicação dos instrumentos.

Os instrumentos foram aplicados no primeiro encontro, o qual chamamos de Tempo Zero (T 0) e no oitavo, denominado Tempo Um (T 1).

Aos participantes dos Grupos de Orientação Familiar era entregue no primeiro encontro (T 0) o “Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento” e explicados de forma geral os objetivos da pesquisa. Após a assinatura do “Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento” era iniciada a aplicação dos instrumentos.

Esta aplicação era supervisionada pela coordenadora do estudo, a qual fornecia informações sobre o preenchimento das escalas e questionário e também respondia às dificuldades específicas surgidas no decorrer do referido preenchimento. Este mesmo procedimento era repetido no último encontro (T1), onde novamente eram aplicadas as cinco escalas, mas não o questionário de aspectos demográficos (Anexo 2). Somente participariam da segunda aplicação os familiares que preenchessem os critérios de inclusão do estudo.

3.4 Análise estatística

Para o cálculo das medidas de tendência central das amostragens optamos pelo uso da mediana ou da média aritmética com seu respectivo desvio-padrão. Uma vez que as variáveis contínuas em estudo não apresentavam distribuição normal, utilizamos provas não-paramétricas para comparação das amostras relacionadas (Wilcoxon). Utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman para examinarmos as inter-relações entre duas variáveis contínuas que não apresentavam distribuição normal. Foram adotados níveis de significância de 0,05 ou 0,01 ($p < 0,05$ ou $p < 0,01$).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da população estudada

Participaram do estudo 40 familiares de usuários de drogas, com idade mínima de 19 e máxima de 77 anos, sendo que a média foi de 50,2 e o desvio-padrão de 11,78.

Quanto à escolaridade, freqüentam ou freqüentaram o primeiro grau 7 indivíduos (17,5%), o segundo grau 19 (47,5%) e o ensino superior 13 deles (32,5%).

Distribuição entre homens e mulheres foi de 6 (15%) e 34 (85%), respectivamente.

Quanto ao estado civil, 24 indivíduos (60%) eram casados, 7 (15,5%) eram viúvos, 5 (12,5%) eram solteiros e 4 (10%) eram divorciados.

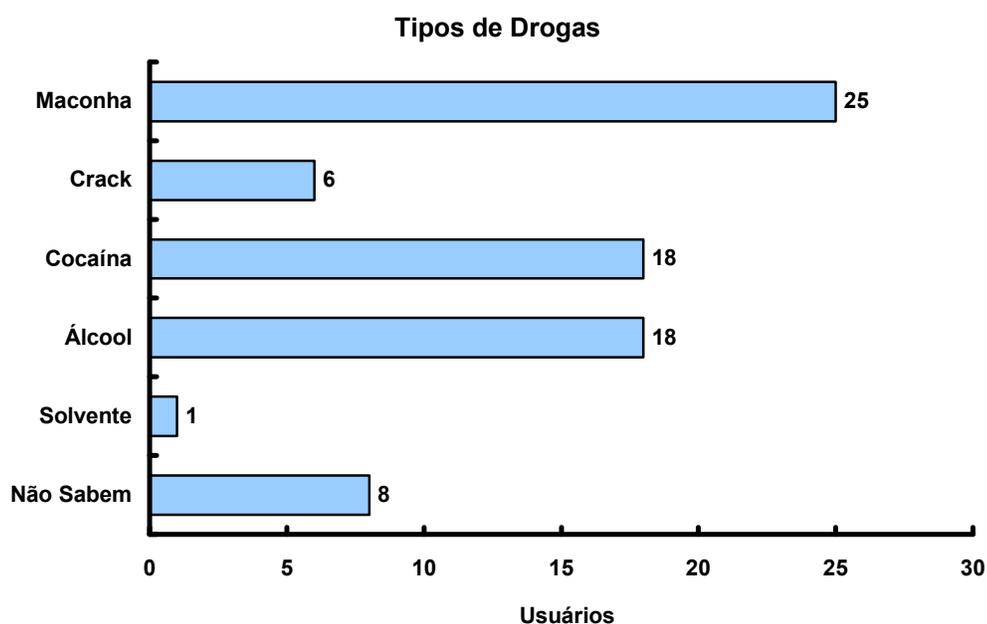
Quanto a origem do encaminhamento para o PROAD, 16 dos participantes (42,1%) foram encaminhados por amigos, 14 (36,8%) por médicos, 2 (5,3%) por hospitais ou prontos-socorros, 2 (5,3%) por onde trabalham, 2 (5,3%) através de revistas ou jornais e 2 (5,3%) através da televisão.

Quanto a forma de encaminhamento para os Grupos de Orientação Familiar, 30 indivíduos (76,9%) foram encaminhados pela equipe do PROAD, 5 (12,8%) através de familiares que se tratam no PROAD e 4 (10,3%) através de alguma outra pessoa que já participou dos Grupos de Orientação Familiar.

Nesta amostra 22 (55%) dos familiares não tinham parentes em tratamento e 18 (45%) os tinham. Destes 45% que tinham parentes em tratamento, 8 (44,4%) freqüentavam o PROAD há cerca de um mês e 10 (55,6%) entre um e seis meses.

Quanto ao tipo de droga usada pelos parentes dos familiares que participaram dos Grupos de Orientação Familiar, 25 (62,5%) usavam maconha, 6 (15%) usavam crack, 18 (45%) usavam cocaína, 18 (45%) usavam álcool, 1 (2,5%) usava solvente, mas 8 indivíduos (20%) da amostra não souberam informar que tipo de droga era usada pelo seu parente (Figura 1).

Figura 1: Tipo de droga usada pelos parentes dos familiares que participaram dos Grupos de Orientação Familiar

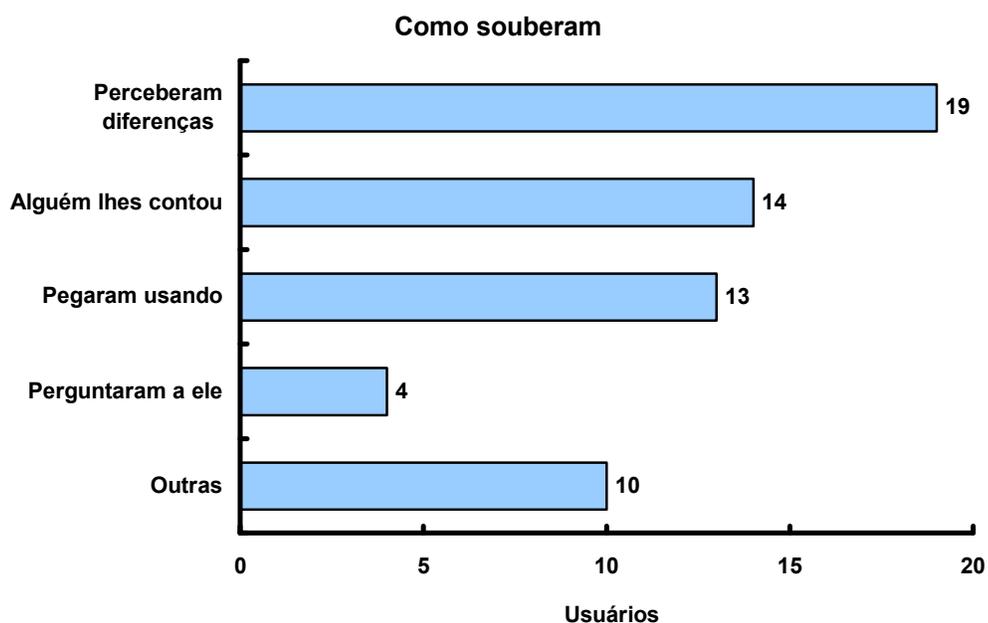


Quanto a informação dos familiares relativa à duração do envolvimento de seus parentes com drogas, 21 (52,5%) supunham que este ocorria havia mais de 2 anos, 9 (22,5%) supunham que o mesmo ocorria entre 6 meses e 1 ano, 5 (12,5%) entre 1 e 2 anos e 5 (12,5%) entre 1 e 6 meses.

Quanto à maneira pela qual os familiares que participaram do Grupo de Orientação Familiar souberam do uso de drogas de seus parentes, 19 deles (47,5%) perceberam a pessoa “diferente”, 14 (35%) relataram que alguém lhes contou, 13

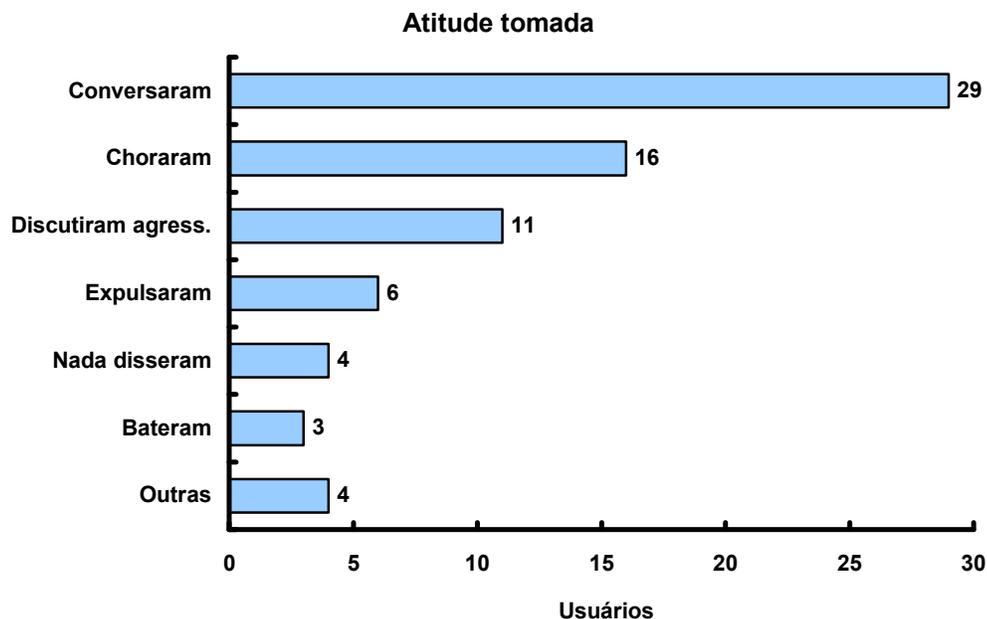
(32,5%) “pegaram usando”, 4 (10%) perguntaram a ele e 10 (25%) referiram outras maneiras não especificadas (Figura 2).

Figura 2: Maneira pela qual os familiares que participaram dos Grupos de Orientação Familiar souberam do uso de drogas de seus parentes



Quanto à atitude tomada no momento que souberam do uso de drogas de seus parentes, 29 familiares (40,54%) referiram terem conversado, 16 (21,62%) terem chorado, 11 (14,86%) terem discutido agressivamente, 6 (8,11%) os terem expulsado de casa, 4 (5,41%) referiram não terem dito nada, 3 (4,05%) os terem agredido fisicamente (batido) e 4 (5,41%) terem tomado outras atitudes não especificadas (Figura 3).

Figura 3: Atitude tomada pelos familiares no momento da descoberta do uso de drogas de seus parentes



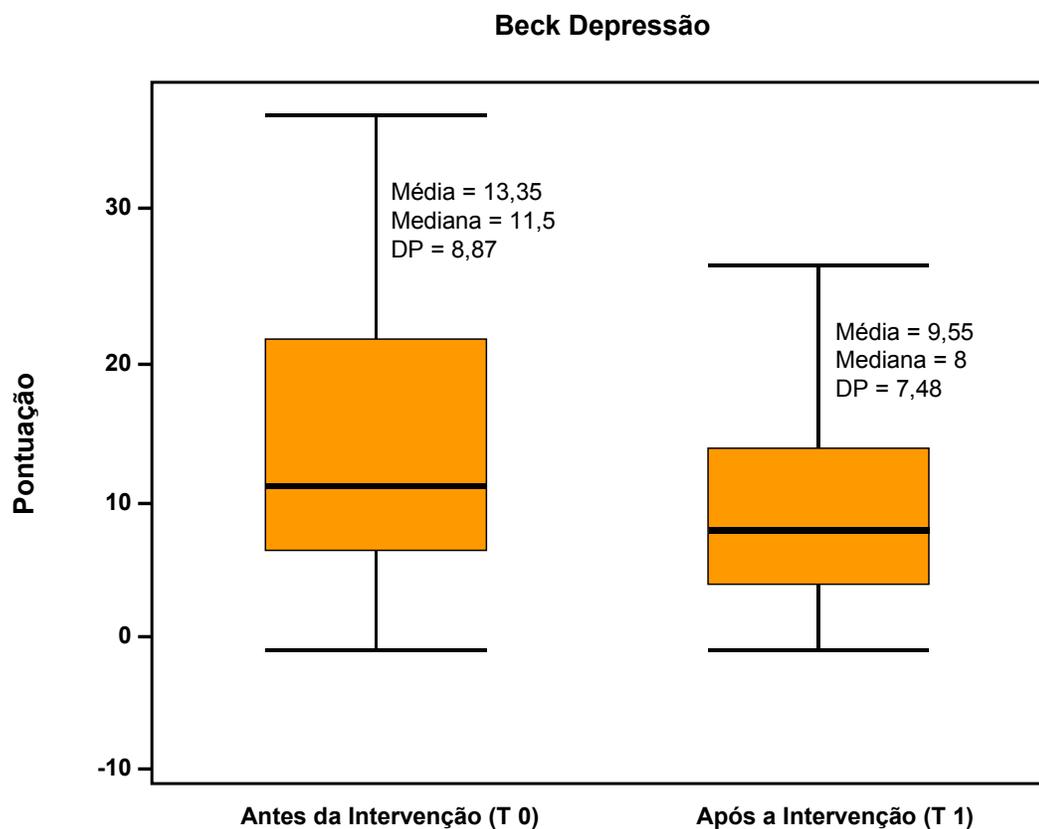
4.2 Avaliação do desempenho das escalas de Depressão e Ansiedade

Observamos uma redução na intensidade e frequência dos sintomas de ansiedade e depressão após a intervenção proposta.

A avaliação dos sintomas depressivos foi feita através da aplicação das escalas Beck (Beck, A.T. e col., 1961) e CES-D (Radloff, L.S. 1977).

A primeira aplicação (T 0) da escala Beck resultou em pontuação média de 13,35 com desvio-padrão de 8,87. Na segunda aplicação (T 1), a média foi de 9,55 pontos e o desvio-padrão, 7,48. Esta diminuição observada após a intervenção foi estatisticamente significativa. (Wilcoxon, $Z = -2,774$; $p < 0,01$). (Figura 4)

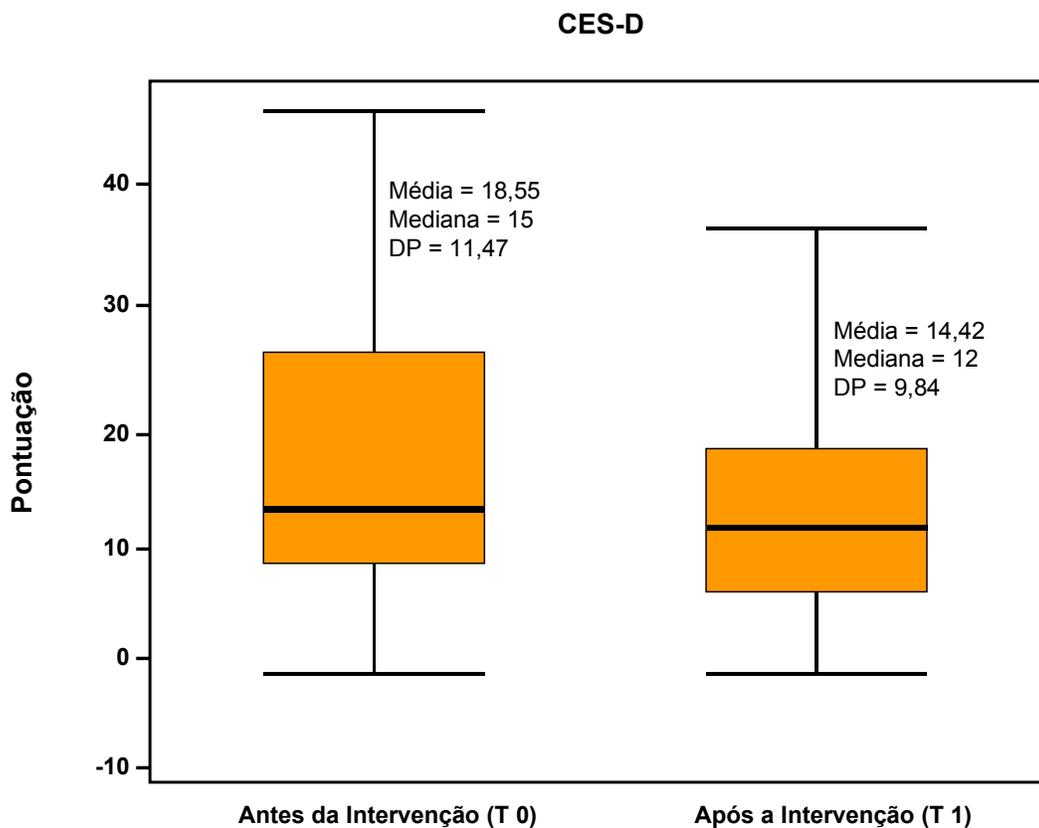
Figura 4: Medianas, médias e desvios-padrão das pontuações na escala de Beck Depressão antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N=40)



(Wilcoxon, $Z=-2,774$; $p < 0,01$)

Com relação à escala CES-D, observou-se na primeira aplicação (T 0) média de 18,55 pontos e desvio-padrão de 11,47. Na segunda aplicação (T 1), média de 14,42 pontos e desvio-padrão de 9,84. Esta diminuição observada foi estatisticamente significativa. (Wilcoxon, $Z = -2,413$; $p < 0,05$). (Figura 5)

Figura 5: Medianas, médias e desvios-padrão da pontuação na escala CES-D de Depressão antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N=40)

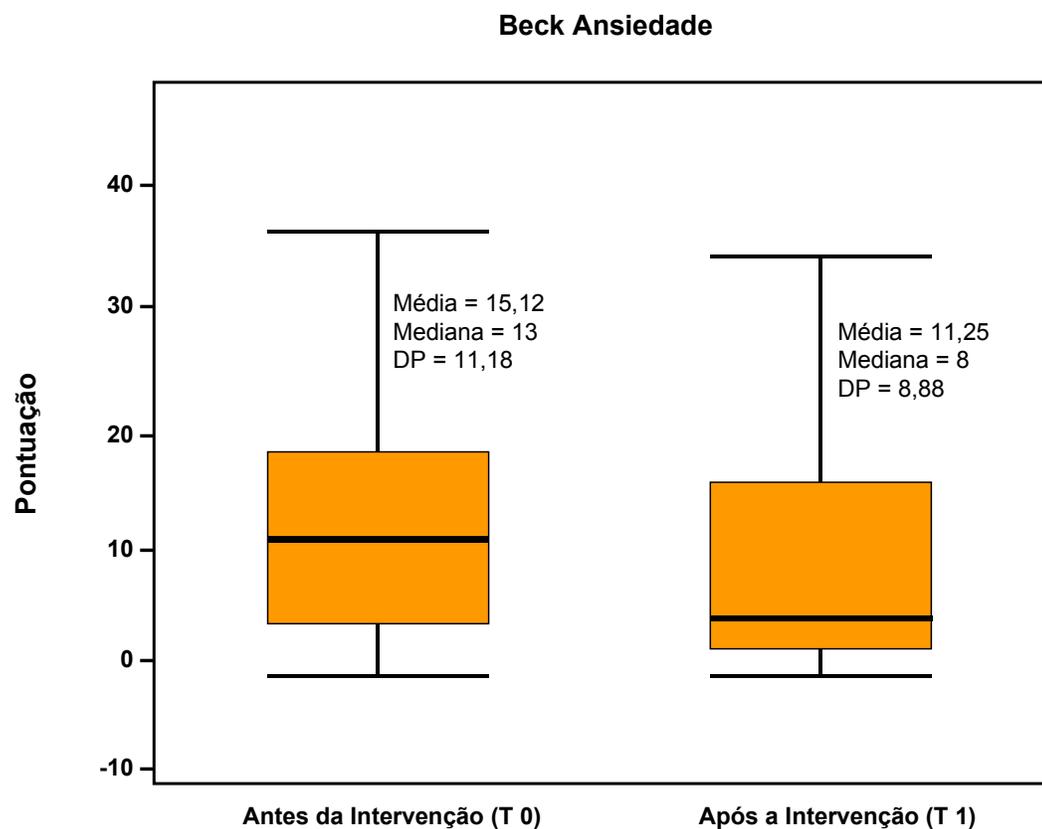


(Wilcoxon, $Z=-2,413$; $p<0,05$)

A avaliação dos sintomas de ansiedade foi feita através da aplicação das escalas de Beck (Beck, A.T. e col., 1988) e IDATE (Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.; Lushene, R.E., 1970).

A primeira aplicação (T 0) da escala Beck para Ansiedade resultou em pontuação média de 15,12 com desvio-padrão de 11,18. Na segunda aplicação (T 1), a média foi 11,25 pontos e o desvio-padrão, 8,88. Esta diminuição observada após a intervenção foi estatisticamente significativa. (Wilcoxon, $Z = -2,889$; $p < 0,01$). (Figura 6)

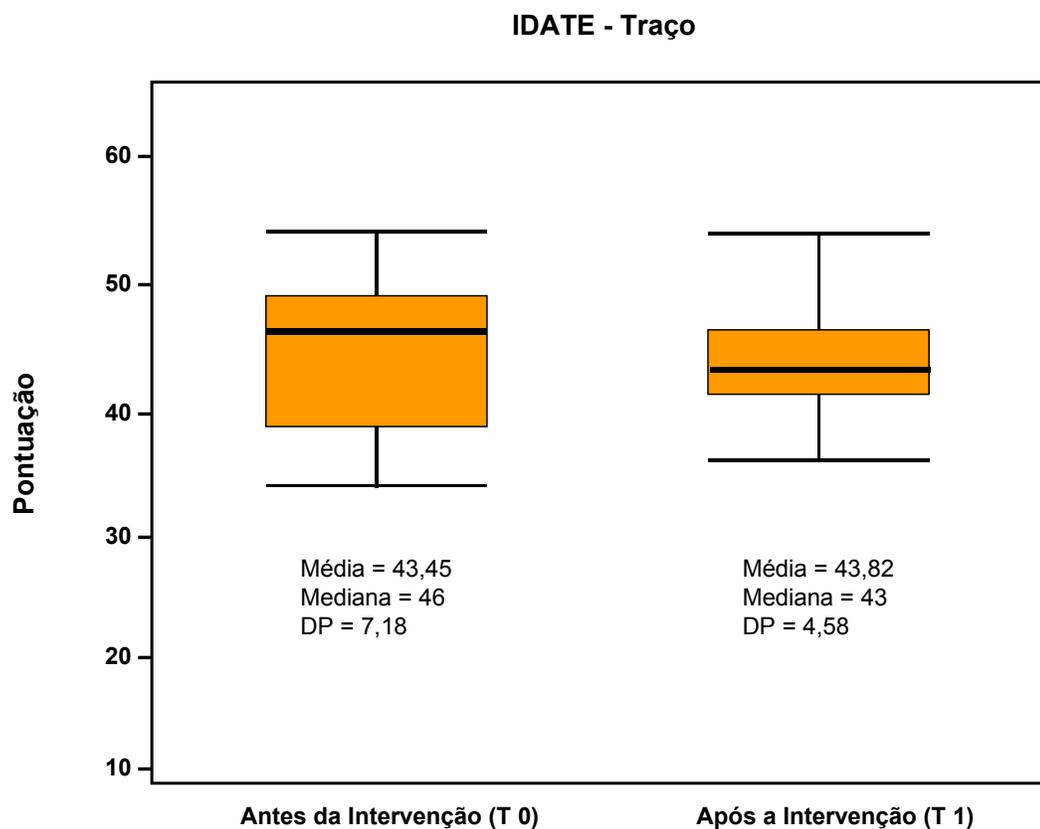
Figura 6: Medianas, médias e desvios-padrão das pontuações na escala Beck - Ansiedade antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N=40)



(Wilcoxon, $Z=-2,889$; $P<0,01$)

Utilizando-se a escala IDATE – Traço, observou-se na primeira aplicação (T 0) média de 43,45 pontos e desvio-padrão 7,18. Na segunda aplicação (T 1), observou-se média de 43,82 pontos e desvio-padrão 4,58. Esta diferença não foi estatisticamente significativa. (Figura 7)

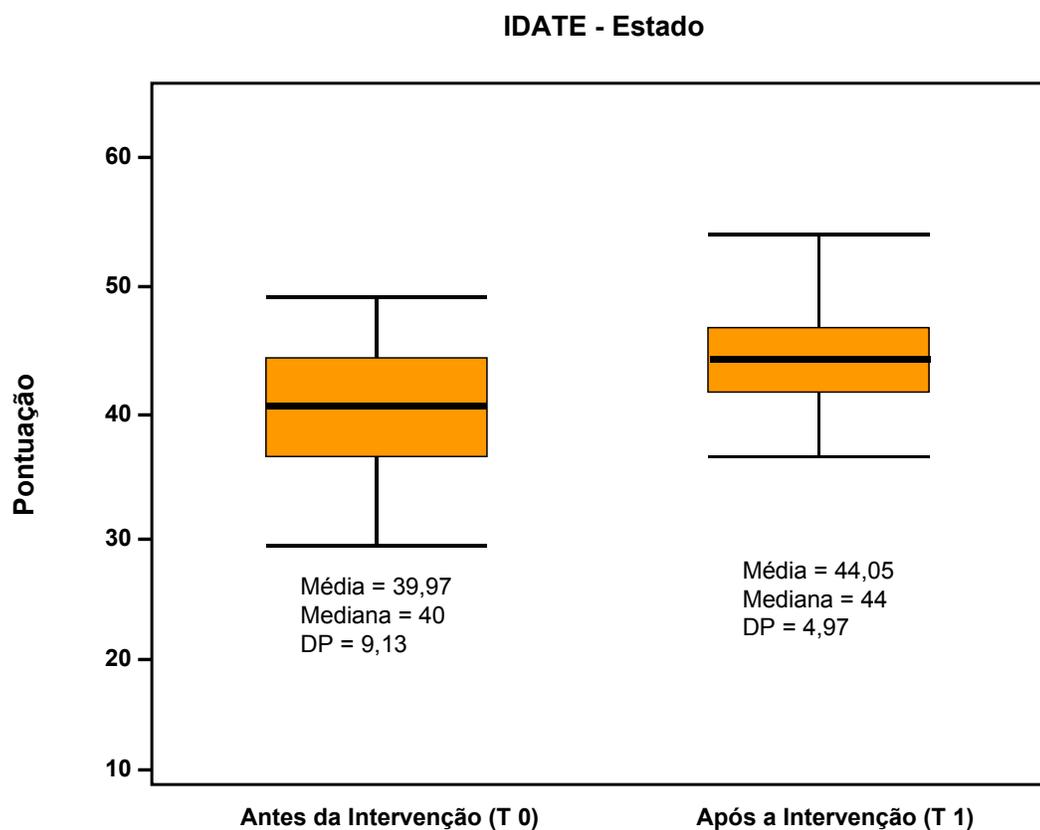
Figura 7: Medianas, médias e desvios-padrão das pontuações na escala IDATE - Traço antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N=40)



Não houve significância estatística.

Na escala IDATE – Estado, observou-se na primeira aplicação (T 0) média de 39,97 pontos e desvio-padrão 9,13. Na segunda aplicação (T 1), média de 44,05 pontos e desvio-padrão 4,97. Este aumento observado foi estatisticamente significativo. (Wilcoxon, $Z = -3,418$; $p < 0,01$). (Figura 8)

Figura 8: Medianas, médias e desvios-padrão das pontuações na escala IDATE - Estado antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N=40)



(Wilcoxon, $Z=-3,418$; $P<0,01$)

4.3 Correlação entre as pontuações obtidas nas escalas de Depressão e Ansiedade

Comparando-se o desempenho nas escalas de BECK – Ansiedade com a CES-D, observamos a existência de uma correlação entre as pontuações obtidas nos dois instrumentos (Spearman: $r = 0,77$; $p < 0,001$). Foi observada também correlação entre as pontuações nas escalas IDATE – Traço e BECK – Ansiedade (Spearman: $r = 0,407$; $p < 0,05$) e entre BECK – Depressão e CES-D (Spearman: $r = 0,8$; $p < 0,01$).

Não foram observadas outras correlações.

4.4 Influência de outras variáveis no desempenho nas escalas de Depressão e Ansiedade

4.4.1 Escalas de Depressão

4.4.1.1 Influência do fato de se ter parentes em tratamento na instituição

A média na escala BECK - Depressão dos familiares que não tinham parentes em tratamento no PROAD foi de 12,82 pontos com desvio-padrão de 7,74 antes da intervenção, enquanto que a média foi de 8,91 pontos com desvio-padrão de 5,64 após a intervenção. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: $z = -2,212$; $p < 0,05$).

A média de pontos na escala BECK - Depressão dos familiares que tinham parentes em tratamento no PROAD foi de 14,95 com desvio-padrão de 10,43 antes da intervenção, e de 10,41 com desvio-padrão de 9,55 após a intervenção. Esta diferença não alcançou significância estatística.

A média na escala CES-D dos familiares que não tinham parentes em tratamento no PROAD foi de 17,83 pontos com desvio-padrão de 13,83 antes da intervenção, e após a intervenção a média foi de 12,91 com desvio-padrão de 8,54. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: $z = -2,018$; $p < 0,05$).

A média de pontos na escala CES-D dos familiares que tinham parentes em tratamento no PROAD foi de 19,53 com desvio-padrão de 7,46 antes da intervenção, e de 16,47 com desvio-padrão de 11,33 após a intervenção. Esta diferença não alcançou significância estatística.

Tabela 2: Comparação da influência do fato de se ter parentes em tratamento na instituição nas médias das pontuações em escalas de sintomas depressivos antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N = 40)

	Intervenção		Significância Estatística
	Antes	Depois	
BECK – Depressão dos familiares que não tinham parentes em tratamento	12,82 ± 7,74	8,91 ± 5,64	Wilcoxon Z = 2,212; p < 0,05
BECK – Depressão dos familiares que tinham parentes em tratamento	14,95 ± 10,43	10,41 ± 9,55	NS
CES-D dos familiares que não tinham parentes em tratamento	17,83 ± 13,83	12,91 ± 8,54	Wilcoxon Z = -2,018; p < 0,05
CES-D dos familiares que tinham parentes em tratamento	19,53 ± 7,46	16,47 ± 11,36	N.S.

4.4.1.2 Influência do estado civil dos familiares que se submeteram a intervenção

A média de pontos na escala BECK - Depressão dos familiares que eram casados foi de 12,87 com desvio-padrão de 8,58 antes da intervenção, e de 8,25 com desvio-padrão de 6,73 após a intervenção. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: z = -2,942; p < 0,01).

Para os que referiram outro estado civil (solteiros, divorciados e viúvos), a média de pontos na escala BECK - Depressão foi de 14,06 com desvio-padrão de 9,53 antes da intervenção, e 11,50 com desvio-padrão de 8,32 após a intervenção. Esta diferença não alcançou significância estatística.

A média de pontos na escala CES-D dos familiares que eram casados foi de 18,50 com desvio-padrão de 12,08 antes da intervenção, sendo a média de 13,67 com desvio-padrão de 8,41 após a intervenção. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: $z = -2,262$; $p < 0,05$).

Para os que referiram outro estado civil, a média de pontos na escala CES-D foi de 18,63 com desvio-padrão de 10,87 antes da intervenção, e após a intervenção a média foi de 15,56 pontos com desvio-padrão de 11,89. Esta diferença não alcançou significância estatística.

Tabela 3: Comparação da influência do estado civil nas médias das pontuações em escalas de sintomas depressivos antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N = 40)

	Intervenção		Significância Estatística
	Antes	Depois	
BECK – Depressão dos familiares que eram casados	12,87 ± 8,58	8,25 ± 6,73	Wilcoxon Z = - 2,942; p < 0,01
BECK – Depressão – outros estados civis	14,06 ± 9,53	11,50 ± 8,32	NS
CES-D dos familiares que eram casados	18,50 ± 12,08	13,67 ± 8,41	Wilcoxon Z = -2,262; p < 0,05
CES-D outros estados civis	18,63 ± 10,87	15,56 ± 11,89	N.S.

4.4.2 Escalas de Ansiedade

4.4.2.1 Influência do fato de ter parentes em tratamento na instituição

A média na escala IDATE – Estado dos familiares que não tinham parentes em tratamento no PROAD foi de 38,13 pontos com desvio-padrão de 6,17 antes da intervenção, e de 43,35 pontos com desvio-padrão de 4,53 após a intervenção. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: $z = 3,308$; $p < 0,01$).

Na escala IDATE – Estado dos familiares que possuíam parentes em tratamento no PROAD a média de pontos foi de 42,47 com desvio-padrão de 11,81 antes da intervenção, e após a intervenção a média foi de 45,0 pontos com desvio-padrão de 5,51. Esta diferença não alcançou significância estatística.

A média de pontos na escala BECK - Ansiedade dos familiares que não tinham parentes em tratamento no PROAD foi de 14,17 com desvio-padrão de 11,12 antes da intervenção, e 8,95 com desvio-padrão de 7,01 após a intervenção. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: $z = -3,070$; $p < 0,01$).

A média de pontos na escala BECK - Ansiedade dos familiares que tinham parentes em tratamento no PROAD foi de 16,5 com desvio-padrão de 11,5 antes da intervenção, e 14,35 com desvio-padrão de 10,34 após a intervenção. Esta diferença não alcançou significância estatística.

Tabela 4: Comparação da influência do fato de se ter parentes em tratamento na instituição nas médias das pontuações em escalas de sintomas ansiosos antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N = 40)

	Intervenção		Significância Estatística
	Antes	Depois	
IDATE – Estado dos que não tinham parentes em tratamento	38,13 ± 6,17	43,34 ± 4,56	Wilcoxon Z = - 3,308; p < 0,01
IDATE – Estado dos que tinham parentes em tratamento	42,47 ± 11,81	45 ± 5,51	NS
BECK – Ansiedade dos familiares que não tinham filhos em tratamento	14,17 ± 11,12	8,95 ± 7,01	Wilcoxon Z = - 3,070; p < 0,01
BECK – Ansiedade dos familiares que tinham filhos em tratamento	16,5 ± 11,5	14,35 ± 10,34	N.S.

4.4.2.2 Influência do estado civil dos familiares que se submeteram a intervenção

A média de pontos na escala IDATE – Estado dos familiares que eram casados foi de 38,75 com desvio-padrão de 7,48 antes da intervenção, enquanto que a média foi de 42,91 com desvio-padrão de 3,99 após a intervenção. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: z = -3,118; p < 0,01).

Para os que referiram outro estado civil, a média de pontos na escala IDATE – Estado foi de 41,81 com desvio-padrão de 11,19 antes da intervenção, e após a intervenção a média de pontos foi de 45,75 com desvio-padrão de 5,88. Esta diferença não alcançou significância estatística.

A média de pontos na escala BECK - Ansiedade dos familiares que eram casados foi de 14,45 com desvio-padrão de 10,52 antes da intervenção, e 10,7

com desvio-padrão de 8,05 após a intervenção. Esta diferença foi estatisticamente significativa (Wilcoxon: $z = -2,325$; $p < 0,05$).

Para os que referiram outro estado civil, a média de pontos na escala BECK - Ansiedade foi de 16,20 com desvio-padrão de 12,47 antes da intervenção, e 12,06 com desvio-padrão de 10,22 após a intervenção. Esta diferença não alcançou significância estatística, mas observou-se uma tendência à diminuição nas pontuações (Wilcoxon: $z = -1,823$; $p = 0,068$).

Na escala de avaliação de sintomas de ansiedade IDATE - Traço não foram observados resultados estatisticamente significantes com relação à influência destas variáveis.

Tabela 5: Comparação da influência do estado civil nas médias das pontuações em escalas de sintomas ansiosos antes e após intervenção junto a familiares de usuários de drogas (N = 40)

	Intervenção		Significância Estatística
	Antes	Depois	
IDATE – Estado dos familiares que eram casados	38,75 ± 7,48	42,91 ± 3,99	Wilcoxon $Z = - 3,118$; $p < 0,01$
IDATE – Estado – outros estados civis	41,81 ± 11,19	45,75 ± 5,88	NS
BECK – Ansiedade dos familiares que eram casados	14,45 ± 10,52	10,7 ± 8,05	Wilcoxon $Z = - 2,325$; $p < 0,05$
BECK – Ansiedade – outros estados civis	16,2 ± 12,47	12,06 ± 10,22	Wilcoxon $Z = - 1,823$; $p < 0,068$

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, realizado em uma amostra de 40 familiares de usuários de drogas que participaram dos Grupos de Orientação Familiar do PROAD, avaliamos o desempenho em escalas de sintomas de depressão e ansiedade antes e após esta intervenção. Avaliamos igualmente a influência de algumas variáveis demográficas nas modificações de desempenho das escalas de sintomas antes a após a intervenção junto aos familiares de usuários de drogas.

Com relação aos dados demográficos obtidos, estes revelam que a maioria da amostra foi composta por mulheres, em especial mães de usuários. É possível que este dado esteja relacionado com a falta de interesse dos homens em especial neste caso dos pais, em participar de pesquisas científicas, conforme constatado em outras pesquisas (Sartori et. al, 1993; Andreatini, 1999). Assim, os resultados discutidos a seguir podem ser mais representativos de uma amostra predominantemente feminina de familiares de usuários de drogas.

A este respeito, Fender (1999) relatou que as mães que participaram dos grupos de terapia multifamiliar do PROAD freqüentemente se queixavam da ausência dos cônjuges nos encontros, acreditando também que eles poderiam auxiliar na resolução dos problemas. Ao mesmo tempo, no entanto, acreditavam que, se estivessem presentes, não participariam muito ou estariam discordando do que estava sendo discutido. Elas falavam da ausência dos pais na educação e assistência aos filhos, bem como do posicionamento questionável destes quando as culpam pela atual situação dos adolescentes, delegando a elas a responsabilidade pelo que acontece aos filhos.

Stanton e Todd (1977) concluíram que parece ser o pai o membro da família mais difícil de ingressar nos programas terapêuticos e que as mães se preocupam mais em participar efetivamente do tratamento. No entanto, estes autores observaram igualmente que em algumas famílias o pai nada sabia sobre o paciente e o seu uso de drogas, nem sobre o tratamento a que se submetiam.

Outro dado que nos pareceu relevante na amostra estudada foi a informação de que uma proporção importante dos sujeitos não sabia referir que tipo de

substância psicoativa era utilizado pelo familiar. Isto corrobora a constatação de que embora o uso de drogas possa ser uma das manifestações externas de crises normais da adolescência pode também sinalizar desajustes pessoais e familiares que os pais inconscientemente se recusam a ver (Costa, A.C.L., 1989).

Chamou-nos a atenção que a grande maioria dos familiares desta amostra referiu ter sabido do uso de drogas de seu familiar por tê-lo percebido “diferente”. Muitos familiares se apegam a meras descrições de sintomas, como se isto fosse suficiente para identificar um quadro de abuso ou dependência (Costa, A.C.L., 1989).

Surpreendeu-nos a informação de que diante da constatação do uso de drogas por um de seus membros, parte significativa dos familiares tenha optado por tentar conversar com o usuário. Este dado contrasta com a impressão subjetiva dos especialistas de que os familiares tendem a reagir inadequadamente nestas situações, seja expulsando ou agredindo o usuário, seja se omitindo. Este seria um dado muito positivo supondo que estes familiares tenham respondido a esta questão não apenas querendo melhorar sua imagem diante da instituição.

Esta informação põe em discussão a maneira como alguns familiares estão lidando com este fenômeno, talvez não se negando a reconhecer no uso de drogas um pedido de ajuda por parte do usuário (Costa, A.C.L., 1989) e igualmente facilitando através do diálogo a comunicação dentro do núcleo familiar.

As pontuações nas duas escalas de sintomas depressivos mostraram-se correlacionadas, corroborando a convergência dos dois instrumentos para um mesmo construto. Roberts e colaboradores (1991) encontraram a correlação de 0.70 entre a CES-D e o BDI em uma amostra de estudantes universitários, indicando que elas são comparáveis ainda que diferentes. Assim, a CES-D e o BDI podem estar medindo diferentes facetas da depressão. Por exemplo evidenciou-se que para diferenciar indivíduos não-depressivos, moderadamente depressivos e severamente, concentrava-se mais nos sintomas somáticos do que a CES-D (Beck et al., 1961; Beck, 1967; Campbell & Cohn, 1991). A CES-D preponderantemente focaliza a sintomatologia cognitiva e afetiva, com ênfase no humor depressivo (Radloff, 1977). Outra diferença é que a CES-D não contém um item sobre suicídio, mas inclui quatro

itens de pontuação reversa relacionados a afeto positivo (ex. o grau que um se sente feliz, esperançoso, desfruta a vida, ou se sente bem com ele mesmo). Destacamos entretanto, que alguns dos itens da CES-D foram originalmente obtidos do BDI e de outras escalas validadas (Weissman, Scholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977), tornando equivalentes algumas de suas questões. Diversos estudos utilizam o BDI e a CES-D de maneira intercambiável para definir grupos depressivos experimentais, considerando-os serem instrumentos igualmente úteis, com boas propriedades psicométricas (Kendall, Hollon, Beck, Hammen, & Ingram, 1987; Radloff & Locke, 1986; Radloff & Teri, 1986). Um estudo de Gotlib e Cane (1989) que comparou oito instrumentos auto-aplicados amplamente utilizados de medidas de depressão tendo como padrão de referência o DSM-III, concluíram que o BDI e a CES-D deveriam ser as escalas escolhidas pelo seu melhor desempenho (Wilcox H; Field T; Prodomidis M; Scafidi F, 1998). Um aspecto digno de nota foi a constatação de que na escala IDATE – Estado observou-se aumento nas pontuações após a intervenção, contrastando com os resultados da escala de Beck que, abarcando mais especificamente a ansiedade de fundo, mostrou diminuição das pontuações após a intervenção. A discrepância nos resultados das duas escalas de sintomas ansiosos pode ser parcialmente explicado pelo fato de que o IDATE parece refletir mais especificamente a ansiedade relacionada à situação de testagem (Sartori, V.A., 1999).

A correlação observada entre a escala de sintomas ansiosos de Beck e a CES-D pode evidenciar a concomitância dos dois tipos de sintomas na população estudada. Alternativamente, poderíamos também supor que estas escalas estejam identificando sintomas distintos dentro de um “continuum” onde estariam presentes tanto ansiedade quanto depressão.

A população que procura os Grupos de Orientação Familiar do PROAD é na sua maioria composta de familiares que não têm parentes em tratamento na instituição. São familiares que normalmente suspeitam que um membro de sua família esteja fazendo uso de alguma substância psicoativa. O que observamos é que uma considerável proporção dos familiares com parentes com abuso ou dependência de drogas acabam não aderindo ao programa de intervenção proposto. Como esta intervenção não tem como objetivo lidar com situações emergenciais, é possível que

estes familiares procurem soluções mais imediatas, ainda que estas necessariamente não sejam mais eficazes.

Os familiares casados que participaram dos Grupos de Orientação Familiar do PROAD apresentaram diminuição significativa de sintomas ansiosos e depressivos comparativamente aos familiares solteiros ou divorciados. Entretanto mesmo os familiares não casados apresentaram tendência à diminuição destes sintomas.

É possível supormos que os indivíduos casados sintam-se mais reasssegurados pelos respectivos cônjuges e conseqüentemente respondam melhor à intervenção proposta.

De maneira geral observamos uma diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão nos familiares que se submeteram aos Grupos de Orientação Familiar do PROAD. Entretanto, a inexistência de um grupo controle neste estudo impede que tomemos esta diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa como indicativo de eficácia da intervenção. Sendo este um estudo preliminar, seria interessante poder replicá-lo no futuro com a metodologia adequada para avaliarmos a eficácia desta modalidade de intervenção.

6 CONCLUSÃO

As seguintes conclusões podem ser depreendidas a partir deste estudo:

1. Constatou-se diminuição nos sintomas de ansiedade e depressão dos familiares de usuários de drogas após se submeterem a intervenção familiar.
2. Os familiares que não tinham parentes em tratamento na instituição se beneficiaram mais da intervenção do que aqueles cujos parentes eram acompanhados na mesma instituição
3. Os familiares que eram casados se beneficiaram mais da intervenção do que os familiares que não eram casados.
4. O desempenho das escalas de sintomas depressivos Beck e CES-D sugerem que os dois instrumentos são capazes de detectar a diminuição da sintomatologia depressiva dos familiares de usuário de drogas ocorrida após a intervenção.
5. A discrepância no desempenho das escalas de sintomas ansiosos IDATE e Beck – ansiedade sugere que estes instrumentos focalizem aspectos distintos de um mesmo fenômeno.

7 ANEXO

7.1 Escalas

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	<u>Moderado</u> , é desagradável mas consigo suportar	<u>Severo</u> , quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.: EPSTEIN. N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK**(BDI)**

Data. ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a)
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
3 = sinto que estou sendo punido(a)
7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio
8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
1 = fico molesto(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
1 = adio minhas decisões mais do que costumava
2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
3 = não consigo mais tomar decisões

14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito
1 = não durmo tão bem quanto costumava
2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 = meu apetite está muito pior agora
3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente
2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,
3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: () sim () não
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
3 = perdi completamente o interesse por sexo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

CES-D PROAD / UNIFESP

INSTRUÇÕES

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira **durante a semana passada**.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Raramente (menos que 1 dia)	Durante Pouco Tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer; tive pouco apetite				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
0.6 Senti-me deprimido				
07. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
0.8 Senti-me otimista com relação ao futuro				
0.9 Considerei que minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

IDATE – E

NOME : Nº: TEMPO : DATA :

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO: Absolutamente não 1 Um pouco 2
 Bastante 3 Muitíssimo 4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me calmo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinto-me seguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estou tenso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estou arrependido(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Sinto-me à vontade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me perturbado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto-me descansado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sinto-me ansioso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto-me “em casa” | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sinto-me confiante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sinto-me nervoso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estou agitado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou descontraído(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto-me satisfeito(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estou preocupado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me super excitado(a) e confuso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |

IDATE – T

NOME : Nº: TEMPO : DATA :

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO: Quase nunca 1 As vezes 2
 Freqüentemente 3 Quase sempre 4

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Canso-me facilmente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tenho vontade de chorar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me descansado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Sinto-me calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Preocupo-me demais com coisas sem importância | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sou feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Deixo-me afetar muito pelas coisas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Não tenho muita confiança em mim mesmo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sinto-me seguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sinto-me deprimido(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Estou satisfeito(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. As vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sou uma pessoa estável | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento | 1 | 2 | 3 | 4 |

7.2 Questionário

QUESTIONÁRIO (Drogas) - inicial

Data: ____ / ____ / ____

Nome completo: _____ Idade: _____

Profissão: _____

Escolaridade: () 1º Grau () 2º Grau () Sup. Incom. () Sup. Comp.

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Estado civil: [] Solteiro; [] Casado; [] Separado/Divorciado; [] Viúvo

1. Como conheceu o PROAD ?

1 - [] Encaminhado por médicos

2 - [] Encaminhado por hospital ou pronto socorro

3 - [] Encaminhado por amigos

4 - [] Encaminhado por onde trabalha

5 - [] Através de revistas ou jornais

6 - [] Através da televisão

Obs.: _____

2. Como soube do grupo de Orientação de Pais ?

1 – Através do PROAD

2 – Através de alguma pessoa que já participou do grupo

3 – Através dos seus familiares que se tratam no PROAD

Obs.: _____

3. O que você espera com relação a este grupo ?

(Assinalar os itens que se aplicam a você)

1 – Conhecer pessoas

2 – Aprender sobre drogas

3 – Estar perto do paciente que está se tratando no PROAD

4 – Conseguir informações sobre o tratamento do paciente

5 – Aprender a lidar com familiares envolvidos com drogas

6 – Ter informações sobre drogas e suas conseqüências

7 – Trocar experiências com pessoas que passam pelo mesmo problema

8 – Tentar melhorar o relacionamento familiar

9 – Ajudar o paciente na sua recuperação

Obs.: _____

4. Algum membro da sua família freqüenta o PROAD ?

1 - Sim 2 - Não

5. Há quanto tempo seu familiar freqüenta o PROAD ?

1 - há cerca de um mês

2 - de um a seis meses

3 - de seis a doze meses

4 - há mais de doze meses

6. Que tipos de drogas o seu familiar usa e há quanto tempo ?

(Assinalar todos que se aplicam)

- 1 - Cocaína _____ meses
- 2 - Crack _____ meses
- 3 - Maconha _____ meses
- 4 - Álcool _____ meses
- 5 - Tranqüilizantes, remédios para dormir _____ meses
- 6 - Solventes _____ meses
- 7 - Outros _____

7. Você freqüenta atualmente outros grupos de auxílio, orientação ou tratamento para uso de drogas ?

- 1 - Sim 2- Não

Qual ? _____

8. Há quanto tempo você sabe do envolvimento com drogas de seu familiar ?

- 1 - um mês
- 2 - entre um e seis meses
- 3 - entre seis meses e um ano
- 4 - entre um e dois anos
- 5 - mais de dois anos

9. Como você ficou sabendo que o seu familiar estava fazendo uso de drogas?

- 1 - Alguém contou
- 2 - Percebeu ele diferente
- 3 - Viu ou pegou usando
- 4 - Perguntou a ele
- 5 - Outros

Obs.: _____

10. Que atitude você tomou quando soube que o seu familiar estava fazendo uso de drogas?

- 1 - Conversou
- 2 - Bateu
- 3 - Discutiu agressivamente
- 4 - Chorou
- 5 - Não disse nada
- 6 - Expulsou de casa
- 7- Outros (especifique) _____

7.3 Programa

Grupos de orientação Familiar

1º Encontro

- Apresentação da proposta de trabalho
- Apresentação do PROAD
- Apresentação dos membros do grupo levantamento das expectativas com relação ao trabalho a ser realizado
- Continência com relação à ansiedade dos familiares

2º Encontro

- Vídeo – Caso de Família

Recurso utilizado para iniciar discussão

O vídeo “Caso de Família” mostra uma situação habitualmente muito próxima daquela vivenciada pelos familiares que compõem o grupo. Trata-se do relato de uma mãe que tem um filho envolvido com drogas. O vídeo se divide em duas partes: a primeira é o relato em si e a segunda informa e orienta os familiares que convivem com este problema.

Após a apresentação deste filme, estimula-se o grupo para que se discuta o que foi visto e vivenciado. Frequentemente este recurso, mobiliza sentimentos intensos nos participantes.

3º Encontro

- Continuidade da discussão do encontro anterior
- Introdução do tema “Comunicação”

No segundo encontro, na maioria das vezes aparecem problemas e questionamentos diversos, mas habitualmente os familiares queixam-se da falta de comunicação, de não saber como conversar com seus filhos e/ou cônjuges, de não saber o que se deve falar e em que momento fazê-lo. Neste terceiro encontro o tema “comunicação” é colocado com maior ênfase, pois ajudá-los a facilitar os canais de comunicação é considerado um fator importante de proteção, tanto para quem tem parentes com pequeno envolvimento com drogas, quanto para aqueles que possuem parentes que já estão dependentes.

4º Encontro

- Dinâmica: Dramatização sobre o tema “Comunicação”.

Neste encontro, dando continuidade ao tema comunicação, é proposta uma dinâmica de grupo. Trata-se de uma dramatização que tem como objetivo proporcionar uma vivência do que vinha até então sendo discutido nos encontros. Quatro pessoas participam, sendo que duas delas fazem o papel de parentes que usam drogas e as outras duas fazem o papel de familiares dos usuários., Encena-se um diálogo. As duas pessoas que escolheram serem os familiares saem da sala e “montam” uma situação breve a ser encenada com as outras duas pessoas. Os demais participantes ficam observando a cena e a orientadora anota em uma lousa os principais pontos das falas de ambos os lados. A cena em si dura aproximadamente 15 minutos. Ao final, a orientadora passa a perguntar para cada observador como se sentiu ao ver aquela cena. Em seguida a orientadora pergunta o mesmo a cada protagonista.

Os relatos na sua maioria mostram uma sintonia importante com o que foi discutido nos encontros anteriores. Habitualmente quem participa do exercício apresenta “*insights*” que os auxiliam na busca de novas maneiras de se relacionar com seus parentes.

5º Encontro

- Discussão sobre as experiências da Dinâmica de Grupo.

Os participantes mostram-se intensamente engajados neste encontro, em geral apresentando-se menos ansiosos e mais reflexivos. Nesta etapa surgem muitas questões sobre relacionamentos interpessoais que até então não eram verbalizadas. Muitas vezes, neste ponto do trabalho, as participantes já não falam mais exclusivamente de drogas, havendo evidências de que passam a compreender que o uso de drogas desempenha um papel no equilíbrio familiar patológico.

6º Encontro

- Dinâmica: “Palitos”

Neste encontro propõe-se outro exercício. É solicitado aos membros do grupo que escolham um par para que possam trabalhar em duplas. São entregues palitos de sorvete para cada dupla e são dadas as instruções específicas do exercício. Cada dupla deve construir uma “fogueira” (a orientadora demonstra) com os palitos, sendo que a pessoa que for construir deve permanecer de olhos fechados, seguindo orientações de seu par. Terminados os palitos troca-se de papel com o par: quem estava de olhos fechados passa a ser o orientador e vice-versa.

O objetivo deste exercício é propiciar aos participantes uma vivência do que consiste orientar e ser orientado. Como orientar alguém que não está “enxergando” e como estabelecer com ele uma relação de confiança. Vivencia-se como se pode acreditar no outro, sendo este tão diferente.

Este exercício desperta questionamentos sobre a questão do estabelecimento de sintonia, como conseguir obtê-la com alguém que está apresentando uma conduta de difícil aceitação, como confiar em alguém que de alguma forma é sentido como “traidor”. Muitos familiares, em especial os pais, sentem-se desta forma. As expectativas que eles tinham em relação a seus filhos são frustradas quando descobrem que estes estão usando algum tipo de droga. Mas, como neste exercício ambos passam pelas duas situações, estes familiares também podem se colocar na situação de quem muitas vezes tem que estabelecer uma relação de confiança com pessoas que os recriminam, que têm discursos extremamente moralistas e que não conseguem lidar com o que foge ao previamente estabelecido.

7º Encontro

- Discussão sobre as experiências das Dinâmicas de Grupo
- Encerramento

O exercício do sexto encontro freqüentemente possibilita aos participantes falar de seus sentimentos e dos diversos aspectos desta problemática. Não é por acaso que este exercício é colocado no final, pois ajuda tanto aos participantes quanto o orientador a poder dar uma conclusão, onde assuntos tais como mudanças nas interações familiar e se consciência do papel do “bode expiatório” com relação a seu parente já tem um lugar possível, principalmente porque os participantes estão na sua maioria sensibilizados não só para lidar com as questões do uso de drogas como também com aquelas referentes a aspectos da vida familiar e pessoal.

7.4 Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo de “Avaliação do Impacto da Intervenção Familiar no Tratamento de Jogadores Patológicos e Dependentes de Drogas”.

Eu discuti com a Dra. Thais P. Gracie Maluf sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Data

Assinatura da Testemunha

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Data

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, AT. & Blamsderfer, A. (1974). Assessment of Depression : The Depression Inventory In : _____ *Psychological Measurements In Psychopharmacology*. Paris P. Pichot, p. 151 – 169.
- Beck, AT., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A., (1988). The Beck Anxiety Inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56, 893-897.
- Beck, AT; Rush, A. J.; Shaw, B. F. Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Beck, A. T.; Steer, R. A. and Brown, G. (1985). Beck Anxiety Checklist. *Unpublished Manuscript, University of Pensylvania*.
- Beck, AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbauch G (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 53-63.
- Bennetti, D. S. ; Ambrosini, P. J. Branchi, M Barnett, D.; Mets, C. Rabinovich, H. (1997). Relationships of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents, *J. Affect Disord*, 45 : 127 – 134.
- Biaggio, A. M. B. & Natalicio, L. (1979). Manual para Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE). *Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), Rio de Janeiro*.
- Campbell, S. B. & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First Time Mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 594 – 599.
- Castilho, T. (1995). A Terapia familiar, o terapeuta e a droga – Adição: Uma experiência de crescimento. *Temas em terapia familiar*. - Edit. Plexus; São Paulo, 116-129.

- Colletta, N. D. (1983). At Risk for Depression : A Study of Young Mothers. *Journal of Genetic Psychology*, 142, 301 – 310.
- Costa, A. C.L.. A Família e as drogas (1989). Prevenção ao uso indevido de drogas. Bucher, R., org. - *Editora Universidade de Brasília; Brasília*, 77-84.
- Dahlstrom, W. G.; Welsh, G. S. (1960). A MMPI handbook *University of Minnesota Press* – Minneapolis.
- Del Porto, J. A. (1989). Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão In: Centro de pesquisa em psicofarmacologia clinica AFIP (Coord.) – *Escalas de Avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos* pg. 93 – 100.
- Fankhauser, M. P. & German, M. L. (1987). Understanding the use of behavioral rating scales in studies evaluating the efficacy of antianxiety and antidepressant drugs. *AM. J. Hosp. Pharm.* 44: 2087 – 2100.
- Fender, S. (1996). A importância do envolvimento de familiares no tratamento de dependentes de drogas: uma experiência no PROAD. Dependência - Compreensão e assistência às toxicomanias, (uma experiência do PROAD). Silveira, D. e Gorgulho, M. org. *Editora Casa do Psicólogo, São Paulo*, 81-91.
- Fender, S. (1999). Grupo de Terapia Multifamiliar no Tratamento de Adolescentes com uso indevido de drogas – *Tese Mestrado*.
- Gotlib, I. H., & Cane, D. B. (1989). Self-Report Assessment of Depression and Anxiety. In P. C. Kendal & D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression : Distinctive and Overlapping features* (pp. 131 – 169). *New York : Academic Press*.
- Gorestein, C., & Andrade, L (1996) – Validation of a Portuguese Version of The Beck Depression Inventory and The State – *Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. Braz. J. Med. Biol. Res*, 29 : 453 – 457.
- Gorestein, C.; Pompéia, S.; Andrade, L. (1995). Scores of brazilian university students on the Beck Depression and State-Trait Anxiety inventories. *Psychological Reports*, 77, 635-641.

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50 – 55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 23, 56 – 61.
- Jacob. T. Ritche Y., D.; Cvitkovic, J. F. & Blane, H. T. (1981) – Communications Styles of Alcoholic and Nonalcoholic Families When Drinking and not Drinking – *Journal of Studies on Alcohol* 42: 466 – 482.
- Kalina, E. *Drogadição II* Rio de Janeiro: Francisco Alves (1988).
- Kaufmann E.; Kaufmann P. (eds) *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse New York: Gardner*, (1979).
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and Recommendations Regarding the Use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11 (3), 289 – 299.
- Martinsen, E. W.; Friss, S.; Hoffart, A. (1995). Assessment of depression comparison between Beck Depression Inventory and Subscales of Comprehensive. *Psychopathological Rating Scale Acta Psychi Scan*, 92 : 460 – 463.
- Myers, J. K.; Weissman, M. M. (1980). Use of a self – report symptom scale to detect depression in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 137 : 1081 – 1084.
- Nardi, E. A. (1998) *Questões Atuais sobre Depressão – São Paulo : Lemos Editorial 2ª edição.*
- Rabkin, J. & Klein, D. F. (1987) – The clinical measurement of depressive disorders In : Marsella, A.; Herschfeld. R. & Katz, M. *The Measurement of Depression. Guilford Press, New York.*

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A Self – Report Depression Scale for Research in The General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3) : 385 – 401.
- Raskin, A.; Schulterbrandt, J.; Reating, N. (1967). Factors of psychopathology in interview, ward behavior and self – report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Consultant Psychplogy*, 31 : 270.
- Riskind, J. H. Beck. A. T. Berchick, R. J. Brown, G. & Steer, R. A. (1987). Reliability of diagnoses of major depression and generalized anxiety disorder using the structured clinical interview for DSM-III. *Archieves of General Psychiatry*, 44, 817 – 820.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for Adolescent Depression : A Comparisson of Depression Scales. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (1), 58 – 66.
- Roberts, R. E.; Vernon, S. W. (1983). The center for Epidemiologic Studies Depression Scale : Its use in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 140 : 41 – 46.
- Roithmann, F. (1989). Depressão : um estudo em pacientes internados em clinica médica – parte II. *Revista Med. PUCRS*, 2 (1) : 10 – 19.
- Sartori, V. A. Andreatini; R. Leite, J. R. (1993). Ansiolytic Effect of Carbamazepine in experimentally – induced anxiety. *J. Drug Dev.* 5 : 251 – 254.
- Sartori, V. A. – (1999) A Relação entre Ansiedade – Traço e o Padrão Onírico de Voluntários Sadios. *UNIFESP Doutorado*.
- Silva, E.A. & Formigoni, M. L. O. S. (1999). *Escala de Avaliação do Funcionamento Familiar em Farmacodependentes, capítulo 32*.
- Silva, E.A. & Formigoni, M. L. O. S. (1999). Avaliação do Funcionamento Familiar em Farmacodependentes. *Revista Psiquiátrica Clin.* 26 (I) Edição Especial: 38 – 40.

- Silveira, D. & Silveira, E. (1999), *Drogas: Um Guia para a Família, Cartilha informativa sobre drogas. SENAD (Secretaria Nacional Anti Drogas), Brasília.*
- Silveira, D. & Jorge, M. (1997), Propriedades Psicométricas da Escala de Rastreamento para Depressão, CES-D, em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25 (5) 251-261.*
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.; Lushene, R.E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press.*
- Stanton, M. D.; (1977). The Addict as Savior : Heroin Death and The Family – *Family Process, 16* 191 – 197.
- Stanton, M. D.; Toddy, T. et al. (1988). *Terapia Familiar del Abuso e Adiccion a las Drogas.* Buenos Aires, *Ed. Gedesa.*
- Stanton, M. D.; Toddy, T. y cols. (1985) – *Terapia Familiar del Abuso y Adiccion a las Drogas, 1ª Ed., Gedisa Ed., Barcelona .*
- Steinglass P. (1976) – Experimenting with Family Treatment Approaches to Alcoholism (1950 – 1975) *A Review Family Process 15: 97-124.*
- Steinglass P. (1979) - The Home Observation Assessment Method Hoam: Real Time Naturalistic Observation of Families in their homes – *Family Process 18: 337 – 354.*
- Stlanschuss & Angel (1991). *Prevenção de Drogas na Escola, Uma Abordagem Psicodramática,* Santos, R. (1997), *Editora Papyrus, São Paulo.*
- Weissman, M. M.; Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry, 34, 98 – 111.*
- Wells, V. E.; Klerman, G. L.; Deykin, E. Y. (1987). The prevalence of depressive symptoms in college students. *Social Psychiatry, 22 ; 20 – 28.*

Wilcox, H.; Field T.; Prodomidis M.; Scafidi F. (1998). Correlation between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers – *Adolescence* pg. 565 – 574.

Zung, W. W. K. (1965). A Self - Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12 : 63 – 68.

ABSTRACT

The orientation and treatment of families of drug users are important for the improvement in the personal relationship and for the patients' recovery. The clinical observation of these families suggests that their members are generally depressed and anxious. Counsellors have the impression that after their participation in family orientation groups both depression and anxiety symptoms tend to decrease. Until now, however, studies evaluating this kind of intervention are still lacking.

The present study compared the performance of a sample of drug users' relatives before and after a family intervention, through three anxiety symptoms scales (Beck – anxiety, IDATE-state and IDATE-trait) and two depressive symptoms scales (Beck - depression and CES-D). We also evaluated the influence of other variables in the performance of these family members.

The research involved 40 members of drug users families that participated in the Groups of Family Orientation at PROAD. The groups occurred on a weekly basis, during a eight week period, between January 2000 and July 2001. Scales were administered both in the first and in the last session. After the intervention, we observed decreased scores for the following scales: Beck - anxiety (Wilcoxon: $Z=-2,889$; $p<0,01$), CES-D (Wilcoxon: $Z=-2,413$; $p<0,05$) and Beck-depression (Wilcoxon: $Z=-2,774$; $p<0,01$). However, in the IDATE – state scale increased scores were observed after the intervention (Wilcoxon: $Z=-3,418$; $p<0,01$), whereas no significant alterations could be detected in the IDATE-trait scale.

Among the participants of the Groups of Family Orientation, being married and not having the family drug user member on treatment in the same institution was associated with a more favorable response to the proposed intervention.

Both depression scales were able to detect the decrease in depressive symptoms after intervention. Contradictory results showed on anxiety symptoms scales suggests these instruments probably evaluate distinct aspects of anxiety.

A wide range of factors may influence responses to the intervention targeted at drug users families. In this study, small sample size and the absence of a comparison group are obstacles to a deeper examination of these influences.